



# **Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

## **Percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad de la lista de verificación de cirugía segura en el Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini caro” La Merced – Chanchamayo 2015**

### **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico

### **AUTOR**

Rosario del Pilar FRANCO PUENTE

### **ASESOR**

Giannina Lissette MELGAREJO SOLIS

Lima, Perú

2018



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## **Referencia bibliográfica**

---

Franco R. Percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad de la lista de verificación de cirugía segura en el Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini caro” La Merced – Chanchamayo 2015 [Trabajo de investigación de Segunda Especialidad]. Lima: Facultad de Medicina / Unidad de Posgrado; 2018.

---



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE POSTGRADO



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

**TRABAJO ACADEMICO**

103 p.p.A.

LICENCIADA (O) : FRANCO PUENTE ROSARIO DEL PILAR

✓ TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: "PERCEPCIÓN DEL EQUIPO QUIRÚRGICO SOBRE LA UTILIDAD DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL "JULIO CÉSAR DEMARINI CARO" LA MERCED - CHANCHAMAYO 2015" ✓

ESPECIALIDAD : ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRURGICO

Lima, 28 de mayo de 2018 ✓

Doctor

**JUAN PEDRO MATZUMURA KASANO**


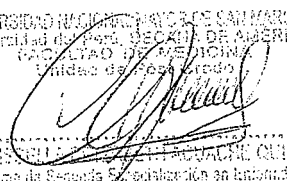
Vicedecano de Investigación y Posgrado

Facultad de Medicina Humana -UNMSM

El Comité de la especialidad **ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRURGICO** examinado el Trabajo de Investigación de la referencia, el cual ha sido calificado con nota de:

**DIECISEIS (16)**

  
**Mg. YISSELLA ACUACHE QUISPE**

  
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA  
FACULTAD DE MEDICINA  
Unidad de Postgrado  
  
Mg. YISSELLA ACUACHE QUISPE  
Programa de Segunda Especialización en Enfermería  
Coordinadora

Mary

Av. Grau 755 - Lima 1 - Apartado Postal 529 - Lima 100 - Perú - Telf: (511) 328 3237 (511) 328 3238  
(511) 328 3232 (511) 328 2749 (511) 328 3236 Decano Telefax: (511) 3283231

**PERCEPCIÓN DEL EQUIPO QUIRÚRGICO SOBRE LA UTILIDAD DE  
LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN EL  
HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL  
“JULIO CÉSAR DEMARINI CARO”  
LA MERCED – CHANCHAMAYO  
2015**

*A DIOS por ser el motor de mi vida  
Quien nunca me abandona, Él está en mi  
vida me ilumina el camino y cada momento  
me guía para seguir con mi profesión.*

*A mis padres a mis hermanos y a mi hijo  
Enrique por apoyarme para culminar mi  
segunda especialidad.*

*A la Lic. Gianina Melgarejo por brindarme  
su tiempo, motivación y enseñanza para la  
culminación del presente estudio.*

## INDICE

	<b>PÁG.</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b>	5
<b>RESUMEN</b>	6
<b>PRESENTACIÓN</b>	8
 <b>CAPÍTULO I. INTRODUCCION</b>	
1.1. Situación Problemática	10
1.2. Formulación del Problema	13
1.3. Justificación	13
1.4. Objetivos	14
1.4.1. Objetivos Generales	14
1.4.2. Objetivos Específicos	14
1.5. Propósito	14
 <b>CAPÍTULO II. MARCO TEORICO</b>	
2.1. Antecedentes	15
2.2. Base Teórica	22
2.3. Definición Operacional de Términos	50
 <b>CAPÍTULO III. METODOLOGIA</b>	
3.1. Tipo y Diseño de la investigación	51
3.2. Lugar de estudio	51
3.3. Población de estudio	51
3.4. Unidad de análisis	52
3.5. Criterios de selección	52
3.5.1. Criterios de inclusión	52
3.5.2. Criterios de exclusión	52
3.6. Técnica e Instrumento de recolección de datos	52
3.7. Procedimientos de recolección de datos	53
3.8. Procedimientos para el análisis e interpretación de la Información	53
3.9. Consideraciones Éticas	54
 <b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSION</b>	
4.1. Resultados	55
4.2. Discusión	61
 <b>CAPITULO V. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1. Conclusiones	69
5.2. Limitaciones	70
5.3. Recomendaciones	71
 <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	72
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	75
<b>ANEXOS</b>	

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO Nº		PÁG.
1	Percepción Del Equipo Quirúrgico Sobre La Utilidad De La Lista De Verificación De Cirugía Segura Del Hospital Regional De Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro”. La Merced – Perú 2015	56
2	Percepción Del Equipo Quirúrgico Sobre La Utilidad De La Lista De Verificación De Cirugía Segura Según Dimensión Utilidad Por Ítems En El Hospital Regional De Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro”. La Merced – Perú 2016	58
3	Percepción Del Equipo Quirúrgico Sobre La Utilidad De La Lista De Verificación De Cirugía Segura Según La Dimensión Aspectos Positivos Y Negativos Por Ítems Para El Uso De La Lista En El Hospital Regional De Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro”. La Merced – Perú 2015	60



## RESUMEN

**AUTOR: FRANCO PUENTE ROSARIO DEL PILAR**

**ASESORA: MELGAREJO SOLIS GIANNINA LISSETTE**

El objetivo fue determinar la percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad de La Lista de Verificación de Cirugía Segura del Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini caro”.2015. **Material y Método.** El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte trasversal. La población estuvo conformada por por todo el personal que labora en Centro Quirúrgico. La técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario Escala de Lickert aplicado previo consentimiento informado. **Resultados.** Del 100% (25), el 12% (03) tienen una percepción favorable, el 80% (20) tienen una percepción medianamente favorable y el 8% (2) refieren tener una percepción desfavorable. Los aspectos referidos a percepción medianamente favorable es que 52%(13) la aplicación y la utilización de la Lista de Verificación de Cirugía Segura mejora la comunicación entre el equipo quirúrgico, 52%(13) que existen muchas barreras para aplicar la Lista De Verificación De Cirugía Segura en cada intervención quirúrgica, lo favorable que 88%(22) consideran que la lista de chequeo cumple un rol importante en la seguridad del paciente, 68%(17) existe mayor conciencia sobre los beneficios de la Lista de Verificación de Cirugía, y lo desfavorable referido a 48%(12) les desagrada aplicar y utilizar la Lista de Verificación de Cirugía Segura por que altera/perjudica el ritmo de trabajo en el quirófano dado al número de ítems que contiene, 24%(06) incomoda ver a los profesionales rellenar la Lista sin haber verificado en cada intervención. **Conclusiones.** La percepción es medianamente favorable referido a que la aplicación y la utilización de la Lista de Verificación de Cirugía Segura mejora la comunicación entre el equipo quirúrgico, que existen muchas barreras para aplicar la Lista De Verificación De Cirugía Segura en cada intervención quirúrgica, lo favorable porque consideran que la lista de chequeo cumple un rol importante en la seguridad del paciente, existe mayor conciencia sobre los beneficios de la Lista de Verificación de Cirugía, y mientras que un porcentaje significativo lo considera desfavorable referido a que les desagrada aplicar y utilizar la Lista de Verificación de Cirugía Segura por que altera/perjudica el ritmo de trabajo en el quirófano dado al número de ítems que contiene, incomoda ver a los profesionales rellenar la Lista sin haber verificado en cada intervención.

**PALABRAS CLAVES:** Percepción, utilidad, lista de verificación de cirugía segura, equipo quirúrgico.

## SUMMARY

**AUTOR: FRANCO PUENTE ROSARIO DEL PILAR**

**ASESORA: MELGAREJO SOLIS GIANNINA LISSETTE**

The objective was to determine the perception of the surgical team about the usefulness of the Safe Surgery Verification Checklist of the Regional Hospital of Tropical Medicine "Julio César Demarini caro" .2015. **Material and Methods.** The study is of quantitative type, application level, descriptive method of cross section. The population was conformed by all the personnel that works in Surgical Center. The technique was the survey and instrument a Scale form of Lickert applied prior informed consent. **Results.** Of 100% (25), 12% (03) have a favorable perception, 80% (20) have a fairly favorable perception and 8% (2) report having an unfavorable perception. The aspects related to a fairly favorable perception is that 52% (13) the application and use of the Safe Surgery Verification Checklist improves the communication between the surgical team, 52% (13) that there are many barriers to apply the Checklist Of Safe Surgery in each surgical intervention, the favorable that 88% (22) consider that the checklist fulfills an important role in patient safety, 68% (17) there is greater awareness about the benefits of the Surgery Verification List , and the unfavorable referred to 48% (12) dislike to apply and use the Safe Surgery Verification List because it alters / impairs the work rate in the operating room given the number of items it contains, 24% (06) uncomfortable to see to the professionals to fill the List without having verified in each intervention. **Conclusions** The perception is moderately favorable, referring to the fact that the application and use of the Safe Surgery Verification Checklist improves the communication between the surgical team, that there are many barriers to apply the Safe Surgery Verification Checklist in each surgical intervention, the favorable because consider that the checklist plays an important role in patient safety, there is greater awareness of the benefits of the Surgery Verification List, and while a significant percentage considers it unfavorable, referring to the fact that they do not like to apply and use the List of Verification of Safe Surgery because it alters / impairs the rhythm of work in the operating room given the number of items it contains, it is uncomfortable to see professionals fill out the List without having checked in each intervention.

**KEYWORDS :** Perception, utility, safe surgery checklist, surgical team.

# PRESENTACIÓN

La preocupación por la seguridad del paciente se convirtió en un tema prioritario en hospitales del mundo, actividad cada vez más compleja cuando se esfuerzan para asegurar que la intervención quirúrgica sometida al paciente tenga resultados seguros y positivos. A pesar del creciente interés, todavía falta más sensibilización respecto a la utilización de la Lista de Verificación de Cirugía Segura que puede afectar la seguridad del paciente.

En lo que ha prevención de errores médicos se refiere, una medida que ayuda a minimizarlos, es el uso de la lista de chequeo, este instrumento mnemotécnico, resulta muy útil ya que contiene gran cantidad de información basada en evidencias, dando como resultado evaluaciones confiables, permitiendo una rápida organización y sobre todo reducen los errores por omisión.

El presente estudio titulado “Percepción Del Equipo Quirúrgico Sobre La Utilidad De La Lista De Verificación De Cirugía Segura en el servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Regional Docente de MEDICINA Tropical “Julio César Demarini Caro”, tiene como objetivo determinar la percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad de la Lista De Verificación De Cirugía Segura en el servicio de Centro Quirúrgico. Con el propósito de proporcionar información actualizada al personal directivo de la institución, al departamento de enfermería y al servicio de Centro Quirúrgico a fin de mejorar la correcta aplicación de la Lista y por consiguiente brindar cuidados de enfermería con calidad al paciente quirúrgico y actuar frente a cualquier imprevisto humano, técnico-mecánico durante las cirugías y que éstas sean prevenibles y que les permita no solo reflexionar sobre la situación, sino también formular estrategias y/o planes de mejora destinada a optimizar la calidad de información que se obtiene en la lista, que repercutan de manera favorable en el cambio de actitudes,

mejoramiento del proceso de comunicación y por ende en la calidad de atención al paciente quirúrgico.

El estudio consta de Capítulo I. Planteamiento de problema, en el cual se expone la situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos y propósito. Capítulo II. Marco teórico, que contiene los antecedentes del estudio, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo III. Variables. Capítulo IV. Metodología, que incluye el tipo y diseño de la investigación, lugar de estudio, población de estudio, criterios de selección, técnica e instrumento, plan de recolección de datos, plan de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos y aspectos éticos. Capítulo V. Aspectos administrativos, y Capítulo VI, referencias bibliográficas y anexos.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1.-SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

La cirugía es un componente primordial de la asistencia sanitaria y se calcula que se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor en el mundo. Se han registrado complicaciones importantes en 3-16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren re-ingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4-0,8% aproximadamente en países industrializados.(1)

La ‘Seguridad del Paciente’ se define como la ‘ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, del riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria’. Una práctica clínica segura exige alcanzar tres objetivos: identificar que procedimientos clínicos, diagnósticos y terapéuticos son los más eficaces, garantizar que se apliquen a quién los necesita y que se realicen correctamente y sin errores.(2)

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa “La cirugía segura salva vidas” como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico. La iniciativa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar cuestiones de seguridad importantes, como las prácticas inadecuadas de

seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico. Se ha comprobado que estos problemas son habituales, potencialmente mortales y prevenibles en todos los países y entornos.

Según datos de la OMS, su implantación permite salvar hasta medio millón de vidas al año en todo el mundo. De hecho, la OMS ha elaborado un estudio piloto, entre 2008 y 2009, que reveló que la implantación del checklist redujo el porcentaje de errores evitables de un 35,2% a un 24,3%. A partir de los resultados de este estudio, la OMS confeccionó la denominada Surgical Safety Checklist, una lista de verificación de seguridad quirúrgica básica y orientativa que, a lo largo de los últimos años, más de 3.900 hospitales de 122 países — entre los que se encuentra España— han ido implementando y adaptando en función de sus necesidades.(2)

Así, una de las consecuencias inmediatas de esta iniciativa fue la publicación de unas guías de prácticas dirigidas a reducir los efectos adversos producidos por la cirugía. El grupo de trabajo de la Alianza Mundial por la Seguridad del paciente compuesto por cirujanos, anestelistas, enfermeros y expertos en gestión de la seguridad identificó diez objetivos fundamentales, recogidos en la «Lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía», dirigidos a guiar a los equipos quirúrgicos para evitar estos acontecimientos.

Actualmente las listas de chequeo quirúrgicas, se aplican a cada usuario para identificar y confirmar al paciente que será intervenido y el sitio donde será realizada esta intervención, contribuyendo a mejorar el cumplimiento de prácticas y con ello reducir los eventos adversos que se pudieran presentar por omisión de algunas de éstas. Además generan diálogo entre los miembros del equipo de salud lo que logra que cada uno conozca aspectos relevantes del plan quirúrgico.

En 1996, la Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)(3) ha identificado una serie de factores relacionados con las situaciones de cirugía en sitio erróneo, entre los que merece destacarse por ser el objeto de nuestro estudio, el nivel de aplicación que expresa el equipo quirúrgico sobre lista de comprobación (checklist), señalado además otros factores tales como fallo en la comunicación, y entre éste y el paciente y su familia, falta de implementación de protocolos para verificar el paciente y el procedimiento, falta de procedimiento de marcado de la zona a operar, una mala evaluación del paciente, no contar con la historia completa en el quirófano, factores de distracción, barreras de lenguaje.(4)

En el servicio de Centro Quirúrgico del hospital se decidió incluir el uso de la Lista de Verificación de Cirugía Segura a partir del 2011, en todas las intervenciones quirúrgicas realizadas en el hospital, sin embargo se observa en el equipo quirúrgico que por las actividades complejas, la falta de tiempo, el espacio de una intervención tras otra intervención y la jerarquía tradicional del quirófano dejan de lado el correcto llenado de la Lista de Verificación, las cuales provocaría situaciones de alto riesgo para el paciente, así mismo al interactuar con ellos refieren que por falta de personal, que no es de mucha importancia la Lista y que no hay tiempo para hacer el correcto relleno.

Por ello la utilización y aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el hospital es una tarea ardua que requiere claridad de objetivos y empeño. Uno de los elementos clave para el correcto relleno es que los profesionales lo consideren útil. Por lo tanto, conocer la percepción de los profesionales puede proporcionar datos para conocer la utilidad de la mencionada acción, así como la detección de las áreas de mejora, así mismo permitan la supervisión de las técnicas y procedimientos realizados a lo largo de la atención, previniendo errores médicos e incrementando la calidad de los cuidados que se brindan.

## **1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad de La Lista de Verificación de Cirugía Segura del Hospital Regional Docente de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro” La Merced-Chanchamayo?

## **1.3.- JUSTIFICACIÓN**

La lista de chequeo, permite condensar una gran cantidad de conocimiento basado en evidencia, organizar los procesos, aportar evaluaciones confiables, reducir errores principalmente por omisión y por sobre todo aportar estándares de calidad a los procesos en base a intervenciones seguras.

La utilización correcta y a consciencia de las listas de chequeos disponibles permitirá una trascendencia en los objetivos sanitarios planteados a corto y largo plazo asimilando una cultura de la seguridad a las organizaciones sanitarias que debieran impactar en la disminución de los errores médicos y eventos adversos prevenibles y presentes hoy en nuestro sistema de atención. Por su relevancia metodológica, el instrumento podrá ser utilizado en nuevos estudios, debido a que fue validado.

Por su relevancia social, beneficiará a los pacientes intervenidos en el hospital, pues a raíz de este estudio se mejorará la calidad de la atención brindada al mismo.

Además, servirá de base para futuros estudios y para que el hospital, donde se realizó el estudio, mida el nivel de satisfacción que tienen los pacientes por la atención brindada.



## **1.4.- OBJETIVOS:**

### **1.4.1.- Objetivo general:**

- Determinar la percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad de La Lista de Verificación de Cirugía Segura del Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini caro”.

### **1.4.2.- Objetivos específicos:**

- Identificar la percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad de La Lista de Verificación de Cirugía Segura según la dimensión utilidad en el Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini caro”.
- Identificar la percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad de La Lista de Verificación de Cirugía Segura según la dimensión aspectos positivos y negativos para el uso de la lista en el Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini caro”.

## **1.5.- PROPÓSITO**

Los resultados del estudio estuvo orientado a proporcionar información actualizada al personal directivo de la institución, así como al departamento de enfermería y servicio de Centro Quirúrgico a fin de mejorar la correcta aplicación de la lista y por consiguiente la atención al paciente quirúrgico frente a cualquier imprevisto humano o técnico mecánico durante las cirugías y que éstas sean prevenibles.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1.-ANTECEDENTES**

Luego de realizada la revisión de antecedentes, se han encontrado algunos estudios relacionados al tema de investigación.

##### **A nivel internacional:**

Moreta Sanafria, Diana Carolina, el 2015 en Quito realizó un estudio titulado “Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo en Marzo del año 2015”. Con el objetivo de evaluar el conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en anestesiólogos, cirujanos y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo, en el año 2015. El trabajo de investigación es de método descriptivo, tipo cuantitativo, de corte transversal, la población estuvo formada por 61 profesionales, que cumplieron los criterios de inclusión, el cuestionario contenía 8 preguntas enfocadas a analizar los conocimientos sobre el contenido de la lista de verificación de la cirugía, y 2 preguntas sobre la percepción de la implementación de la lista en su institución, concluyendo que:

*El grado de conocimiento sobre la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura es menor de lo esperado, la falta del conocimiento de su importancia y la falta de unión en el equipo quirúrgico se han reconocido como errores que llevan al incumplimiento de la norma. (5)*

Cuq Bustamante, Denisse Waleska, Rubilar Reyes, Marjorie Cecilia, Tapia Vera, Carola Eugenia, EL 2011 en Valdivia, Chile, realizaron el estudio titulado **“PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL USO DE LISTAS DE CHEQUEO PARA LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE.”** Con el objetivo de conocer la percepción de los profesionales de salud del uso de listas de chequeo para la seguridad de la atención del paciente, en el año 2011. El trabajo de investigación de método descriptivo, de corte transversal, de tipo cuantitativo. La población estuvo conformada por 15 profesionales de diferentes sub departamentos del Hospital Regional Valdivia entre los cuales se pueden mencionar: Traumatología y Ortopedia, Cirugía Adulto, Cirugía Infantil, Neurología y Neurocirugía, Pabellón, Farmacia, SEDILE, Central de Alimentación, Cirugía Mayor Ambulatoria y Parto. Estos profesionales correspondieron a enfermeras, médicos, nutricionistas, químicos farmacéuticos y técnicos paramédicos con estudios superiores de especialización en sus áreas. La recolección de datos se obtuvo mediante entrevistas de carácter semi estructurado a profesionales de salud que cumplieran con los criterios de inclusión del estudio, para llevar a cabo estas entrevistas se crearon preguntas generales acordes a los cuatro objetivos de la investigación, concluyendo que:

*Para la implementación de listas de chequeo es necesario que los directivos de la institución consideren los recursos humanos y materiales disponibles, las fortalezas y debilidades y los agentes facilitadores y obstaculizadores que existen en las diferentes unidades para llevar a cabo el uso tanto de estos instrumentos como de otro tipo. Junto con el protocolo es necesario que cada jefe o jefa de unidad sea capacitado y capacite al equipo de salud en el uso de estas tecnologías sanitarias para la seguridad del paciente, esto con el fin de que todo el equipo de salud este inmerso en el proceso y comprenda el por qué es importante utilizar estos instrumentos, contribuyendo con ello a promover la cultura de la seguridad.(6)*

Soria-Aledo, Víctor, Da Silva, ZeNewton, Saturno, Pedro J., Grau-Polan, Marina y Carrillo-Alcaraz Andrés, En el 2011 en Murcia, España,

realizaron el estudio titulado **“DIFICULTADES EN LA IMPLANTACIÓN DEL CHECK LIST EN LOS QUIROFANOS DE CIRUGIA”**, con el objetivo de identificar las dificultades en la implantación del Check List en los quirófanos de cirugía en el 2011. El estudio de investigación es corte transversal retrospectivo para el que se realizó un muestreo aleatorio estratificado no proporcional en cada hospital. El tamaño de la muestra se estableció en 10 casos por centro con un total de 90 intervenciones quirúrgicas. El análisis de datos incluye el porcentaje de cumplimiento de las variables de interés, concluyendo que:

*Que la Lista de Verificación Quirúrgica se utiliza pero no se cumple siempre ni de forma homogénea en todos sus apartados. Además existe una variabilidad importante entre los distintos hospitales públicos de la Región de Murcia.(7)*

M.I. Rodrigo, B. Tirapu-León, y otros. En el 2011 en España, realizaron el estudio titulado **“PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES SOBRE LA UTILIZACIÓN Y LA UTILIDAD DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA”**. El cual tuvo como objetivo conocer la percepción de los profesionales sobre el grado de utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica (LVQ) tras su implantación en un hospital terciario en el año 2011. El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo y de corte transversal. La población objetivo: cirujanos, anestesiólogos, enfermeras de planta y de quirófano del hospital, concluyendo que:

*Los profesionales utilizan casi siempre el LVQ y le otorgan una utilidad moderada. Los profesionales que experimentaron que gracias al LVQ se había conseguido evitar errores confirieron al LVQ una utilidad mayor que los que no lo experimentaron. (8)*

Nava Galán, Ma. Guadalupe, Espinoza, Ma. De Lourdes, en el año 2011 en Mexico, realizaron un estudio titulado **“CORRECTO LLENADO DEL FORMATO DE CIRUGÍA SEGURA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA EN EL AÑO 2011”**. Teniendo como objetivo corroborar el correcto llenado del formato de Cirugía Segura en el Instituto Nacional de Neurocirugía y Neurología en el año 2011, Metodología: Investigación cuantitativa con un diseño Exploratorio, longitudinal. Población: Todos los pacientes intervenidos en el Instituto

Nacional de Neurocirugía y Neurología Instituto Nacional de Neurocirugía y Neurología, concluyendo que:

*El correcto llenado de la lista de verificación para una cirugía segura antes, durante y al finalizar una intervención quirúrgica contribuye y garantiza la seguridad del paciente pero también la calidad de la atención que se proporciona en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. (9)*

Talara R.S.; en el 2011, en Finlandia; realiza un estudio titulado: **“Estudio piloto de implementación de la “LVCS”, Mejoramiento en actividades y comunicación”**; el cual tuvo como objetivo valorar el posible impacto en el proceso de sala de operaciones, cuestiones de seguridad y comunicación del equipo quirúrgico; Antes de la implementación de la “LVCS” en un país de alto ingreso económico; utilizo el método descriptivo. La población estuvo conformada por personal de 4 hospitales, a los cuales se les aplico un cuestionario estructurado , 4 semanas antes y 4 semanas después de la implementación de LA “LVCS” . El cuestionario contenía preguntas relacionadas a comunicación y realización de la “LVCS”, entre los resultados más resaltantes se tiene que: “Después de la implementación de la “LVCS” se mejoró la identificación del paciente, se reconoció mejor los nombre y roles del equipo quirúrgico, hubo más discusión sobre los eventos críticos antes de la inducción entre cirujanos y anestesiólogos y hubo menos falla en la comunicación. El estudio concluye que:

*“la implementación de la “LVCS” incrementa el conocimiento y concientización del personal en relación al paciente, procedimientos y riesgos esperados .Además de mejorar la comunicación del equipo y prevenir fallas en la comunicación. Estos hallazgos apoyan el uso de la “LVCS” en varias áreas quirúrgicas”.(10)*

Arribalza, Argentina, en 2012 en Argentina publico el estudio “Implementación del listado de cirugía segura”, cuyo objetivo fue verificar la utilidad de la lista de verificación para detección de fallas humanas o técnicomecánicas, utilizo el método observacional exploratorio prospectivo con análisis retrospectivo, su población fueron las operaciones programadas consecutivas realizadas durante 12 meses, el método fue la Indicación a viva voz en distintos momentos operatorios de

un listado de control de normas a cumplir por el cirujano responsable, el anestesiólogo y la enfermera (o instrumentadora) circulante, los resultados muestran que: “Hubo 3680 operaciones programadas con implementación del listado de verificación en el 100% de los casos. Hubo 2116 fallas (57,5%): de ellas, atribuibles al factor humano el 98,12% y técnico mecánicas sólo el 0,18%. En el preoperatorio, la falla más frecuente fue la falta de consentimiento informado; en el intra operatorio, la falta de previsión de eventos críticos y en el período postoperatorio inmediato, falta de protocolos operatorios y discrepancia en el recuento de gasas. Se concluyó que:

*“la incidencia del error en cirugía necesita reducirse mediante un sistema normalizado de conductas facilitado por el listado de verificación, procedimiento rápido y sencillo que exige el compromiso del equipo quirúrgico actuante”(11)*

#### **A nivel nacional:**

Perez Quispe Rocio en el año 2014 realizó un estudio titulado **Percepción del equipo quirúrgico de la aplicación y utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Cardiovascular Segura en el Centro Quirúrgico del Instituto Cardiovascular EsSalud**, con el objetivo de determinar la percepción del equipo quirúrgico de la aplicación y utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Cardiovascular. El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, la población estuvo conformada por un total de 41 profesionales de la salud entre enfermeras del centro quirúrgico, enfermeras perfusionistas, anestesiólogos y cirujanos cardiovasculares, la técnica es la entrevista y el instrumento una escala modificada tipo Lickert. Las conclusiones a las que se llegaron fueron que:

*“En relación a la UTILIDAD de la LVCS, 18 (44%) tuvieron una percepción favorable y 17 (41%) una percepción desfavorable, por lo cual podemos inferir que son porcentajes casi equitativos, lo que hace ver que existen 2 tendencias marcadas y que casi la mitad de la población (41%) no percibe como un instrumento útil a la LVCS. Esto pone en riesgo la implementación y adherencia de la LVCS, hecho que influye negativamente en la seguridad del paciente quirúrgico y en la cultura de seguridad del equipo quirúrgico. En relación a la APLICACIÓN de la LVCS, podemos concluir que aunque casi la mitad de la población (41%) tiene una PERCEPCIÓN*

*FAVORABLE, existe un tercio de la población (32%) que tiene una PERCEPCION DESFAVORABLE; esto pone en riesgo la adherencia de la LVCS a la práctica quirúrgica y por ende, normas básicas de seguridad podrían pasar desapercibidas teniendo como consecuencia eventos adversos quirúrgicos que pudieron ser prevenidos".(12)*

Becerra Eneque, Katherins Milagros, en el año 2012 en Perú, realizó un estudio titulado **“EXPERIENCIAS DE LAS ENFERMERAS QUIRÚRGICAS RESPECTO A LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO - CIRUGÍA SEGURA, EN EL AÑO 2012”**. El objetivo de este presente estudio es conocer las experiencias positivas y negativas respecto la aplicación de la Lista de chequeo en el año 2012. Metodología: Investigación de tipo cualitativa. Se optó por este tipo de estudio, porque es una estrategia de investigación fundada en una depurada y rigurosa descripción contextual del evento o situación que garantiza la máxima objetividad en la captación de la realidad. El abordaje metodológico de esta investigación es el Estudio de Caso, el cual es un método de investigación cualitativa que se utiliza ampliamente para comprender en profundidad la realidad social. Población:

Enfermeras quirúrgicas que laboran en el servicio de centro quirúrgico de Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo – Chiclayo. Por ello en la investigación se aplicó la entrevista a profundidad, concluyendo que:

*Para la enfermera quirúrgica, la Lista de Chequeo es un instrumento indispensable que garantiza el éxito de la Cirugía Segura y por ende el principal objetivo que es la Seguridad del Paciente, evita las complicaciones previsibles y promueve la seguridad de ambos; ya que avala el trabajo de los profesionales.(13)*

Oré Rodríguez, María Del Rosario, en el año 2009 realizó el presente trabajo de investigación título **“SEGURIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL AÑO 2009”** cuyo objetivo es Describir el saber y quehacer sobre seguridad en el cuidado del paciente desde la perspectiva de las enfermeras de áreas postquirúrgicas en un hospital de cuarto nivel de la ciudad de Lima. Metodología: Investigación de tipo descriptivo de abordaje cualitativo. La población estuvo conformada por

10 enfermeras de las áreas de cuidados post-operatorios inmediatos y mediatos de pacientes adultos. La recolección de datos se realizó a través de la entrevista a profundidad, con preguntas abiertas, basadas en las implicancias del cuidado seguro, concluyendo que:

*El cuidado seguro es un compromiso moral, ético, social y profesional de proteger y realzar la dignidad humana, teniendo como centro al paciente, con el objeto de preservar la salud. Esto se alcanza priorizando el principio de no maleficencia, con una actitud personal consciente de evaluación continua de las acciones y sus consecuencias dentro de una relación intersubjetiva de confianza, proactiva, es decir considerando una comunicación eficaz. (14)*

Serpa Enciso, Lucina, en el año 2011 realizó el presente trabajo de investigación titulado **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE CHEQUEO EN CIRUGÍA SEGURA EN EL PERSONAL DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL ULДАРICO ROCCA FERNÁNDEZ EN EL AÑO 2011”**. El objetivo de este estudio es conocer el nivel de conocimientos sobre seguridad del paciente y su relación con el grado de cumplimiento de la lista de chequeo en cirugía segura en el personal de centro quirúrgico del hospital Uldarico Rocca Fernández en el año 2011. Metodología: Investigación de tipo descriptivo. Los instrumentos utilizados el cuestionario y una guía de observación elaborada. Población: Personal que labora en centro quirúrgico, concluyendo que:

*El nivel de conocimientos en la mayoría es de moderado a alto, sin diferencias entre los profesionales de la salud (Médicos, Enfermeras y Anestesiólogos).  
El grado de cumplimiento de la lista de chequeo fue medianamente favorable para la mayoría relativa y sin diferencia significativa entre los profesionales de la salud (Médicos, Enfermeras y Anestesiólogos).  
No existe correlación entre el nivel de conocimientos y el grado de cumplimiento de la lista de chequeo, de los tres grupos ocupacionales (Médicos, Enfermeras y Anestesiólogos). (15)*

Por los antecedentes revisados podemos evidenciar que existen estudios relacionados al tema, el cual ha permitido diseñar la estructura de la base teórica y la metodología, siendo importante realizar el estudio a fin de que a partir de sus resultados permita a todos los profesionales de la salud



que laboran en el servicio de Centro Quirúrgico diseñar estrategias y/o protocolos orientado a incrementar los conocimientos sobre seguridad de paciente quirúrgico desde su ingreso a sala de operaciones, durante su intervención y término del procedimiento, promoviendo de esta manera una cirugía segura sin complicaciones.

## **2.2.- BASE TEÓRICA**

### **2.2.1.-Lista De Verificación De Cirugía Segura:**

Permite registrar y documentar las acciones de aseguramiento realizadas para el paciente quirúrgico, dentro de la sala de operaciones. Este instrumento contempla tres etapas. (16)

- Al ingresar el paciente a la sala de operaciones
- Antes de la cirugía
- Antes de que el paciente salga de la sala de operaciones

La fase de **“ENTRADA”** requiere la presencia al menos del anestesista y del personal de enfermería. El Coordinador de la lista podrá rellenar esta parte de una sola vez o secuencialmente, en función de cómo se desarrolle la preparación para la anestesia. A continuación se explican pormenorizadamente los distintos apartados de la “Entrada”:

#### **El paciente ha confirmado su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento**

El coordinador confirmará verbalmente con el paciente su identidad, el tipo de intervención prevista, el lugar anatómico de la intervención y el consentimiento del paciente para su realización. Aunque pueda parecer repetitivo, este punto es esencial para garantizar que no se opera a la persona equivocada o el lugar anatómico equivocado ni se realiza una intervención equivocada. Si el paciente no pudiera confirmar estos datos, como por ejemplo en el caso de niños o pacientes incapacitados, puede asumir esta función un familiar o tutor. En caso de que no esté presente el

tutor o un familiar y se omita este paso, por ejemplo en una emergencia, se dejará sin marcar la casilla correspondiente

### **Demarcación del sitio/no procede**

El Coordinador de la lista debe confirmar que el cirujano que va a realizar la operación ha marcado el sitio quirúrgico (por lo general con un rotulador) en los casos que impliquen lateralidad (distinción entre izquierda y derecha) o múltiples estructuras o niveles (p. ej. un dedo, una lesión cutánea o una vértebra en concreto). En el caso de las estructuras mediales (como el tiroides) o únicas (como el bazo), la delimitación del sitio dependerá de la práctica local. Algunos hospitales no la exigen por ser extremadamente raro que se opere en lugar equivocado. No obstante, la delimitación sistemática del sitio supone una confirmación adicional de que el lugar anatómico y el procedimiento son correctos.

### **Se ha completado el control de la seguridad de la anestesia**

Para completar este paso, el Coordinador pedirá al anestesista que confirme que se ha realizado un control de la seguridad de la anestesia, entendido como una inspección formal del instrumental anestésico, de la medicación y del riesgo anestésico del paciente antes de cada intervención. Además de confirmar que el paciente es apto para someterse a la operación, el equipo de anestesia debe inspeccionar el equipo de intubación y aspiración de la vía aérea, el sistema de ventilación (incluidos el oxígeno y los fármacos inhalados), la succión y los fármacos, dispositivos y equipos de urgencia para cerciorarse que todo esté disponible y en buenas condiciones de funcionamiento.

### **Pulsioxímetro colocado y en funcionamiento**

El Coordinador de la lista confirmará que al paciente se le haya colocado antes de la inducción de la anestesia un pulsioxímetro que funcione correctamente. Lo ideal es que la lectura del dispositivo sea visible para el

equipo quirúrgico. A ser posible, debe utilizarse un sistema de señal sonora que alerte del pulso y la saturación de oxígeno. La OMS ha recomendado encarecidamente la utilización del pulsioxímetro como componente necesario para la seguridad de la anestesia. Si no se dispone de uno, el cirujano y el anestesista deben evaluar la gravedad del caso y considerar la posibilidad de aplazar la intervención hasta que se tomen las medidas necesarias para disponer de uno. En caso de urgencia, para salvar un miembro o la vida, puede obviarse este requisito, pero en ese caso se dejará sin marcar esta casilla.

### **¿Tiene el paciente alergias conocidas?**

El Coordinador de la lista dirigirá esta pregunta y las dos siguientes al anestesista. Primero, le preguntará si el paciente tiene alergias conocidas y, si es así, cuáles. La pregunta ha de formularse aunque el Coordinador ya conozca la respuesta, para confirmar así que el anestesista es consciente de la existencia de alergias que supongan un riesgo para el paciente. Sólo entonces se marcará la casilla correspondiente. Si el Coordinador tiene conocimiento de alguna alergia que el anestesista desconozca, debe comunicarle esa información.

### **¿Tiene el paciente vía aérea difícil/riesgo de aspiración?**

El Coordinador confirmará verbalmente que el equipo de anestesia ha valorado de forma objetiva si el paciente presenta algún problema en la vía aérea que pueda dificultar la intubación. Existen múltiples formas de graduar la vía aérea, como la clasificación de Mallampati, la distancia tiromentoniana o la escala de Bellhouse-Doré. La evaluación objetiva de la vía aérea con un método válido es más importante que el método elegido en sí mismo. La muerte por pérdida de la vía aérea durante la anestesia sigue siendo lamentablemente frecuente en todo el mundo, pero puede evitarse con una planificación adecuada. Si el examen de la vía aérea indica un alto riesgo de vía aérea difícil (grado 3 o 4 de Mallampati, por ejemplo), el equipo de anestesia debe estar preparado para una eventual

complicación grave en la vía aérea. Ello implica, como mínimo, adaptar el método anestésico (por ejemplo, utilizar anestesia local, si es posible) y tener a mano equipo de emergencia. Un asistente capacitado ya sea un segundo anestesista, el cirujano o un miembro del equipo de enfermería deberá estar presente físicamente para ayudar en la inducción de la anestesia.

Como parte de la evaluación de la vía aérea también debe examinarse el riesgo de aspiración. Si el paciente padece reflujo activo sintomático o tiene el estómago lleno, el anestesista debe prepararse para una posible aspiración. El riesgo puede limitarse modificando el plan anestésico (por ejemplo, utilizando técnicas de inducción rápida o solicitando la ayuda de un asistente que aplique presión sobre el cartílago cricoides durante la inducción). Ante un paciente con vía aérea difícil o riesgo de aspiración, sólo deberá marcarse la casilla (e iniciarse la inducción) después de que el anestesista haya confirmado que dispone del equipo adecuado y que la asistencia necesaria está presente junto a la mesa de operaciones.

**¿Tiene el paciente riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en los niños)?**

En este punto, el Coordinador le preguntará al equipo de anestesia si el paciente corre el riesgo de perder más de medio litro de sangre en la operación, con el fin de garantizar que se reconoce esta posible complicación crítica y se está preparado para hacerle frente. La pérdida de un gran volumen de sangre se encuentra entre los peligros más comunes y graves para los pacientes quirúrgicos, y el riesgo de choque hipovolémico aumenta cuando la pérdida de sangre supera los 500 ml (7 ml/kg en niños). Una preparación adecuada y la reanimación pueden mitigar considerablemente las consecuencias. Es posible que los cirujanos no comuniquen sistemáticamente el riesgo de hemorragia al equipo de anestesia y al personal de enfermería. Por consiguiente, si el anestesista no conoce el riesgo de hemorragia del paciente, debe comentarlo con el cirujano antes de inducir la anestesia. Si existiera un riesgo de hemorragia

superior a 500 ml, se recomienda vivamente que antes de la incisión cutánea se coloquen al menos dos líneas intravenosas de gran calibre o un catéter venoso central. Además, el equipo debe confirmar la disponibilidad de líquidos o sangre para la reanimación. (Nótese que durante la “Pausa quirúrgica” el cirujano volverá a revisar la previsión de hemorragia, lo que permite un segundo control de seguridad al anestesista y al personal de enfermería.)

En este punto se ha completado la fase de “entrada” y puede procederse a la inducción de la anestesia

La **PAUSA QUIRÚRGICA** es una interrupción momentánea de todo el equipo justo antes de la incisión cutánea con el fin de confirmar la realización de diversos controles de seguridad esenciales.

**Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función**

Los miembros de los equipos quirúrgicos pueden cambiar con frecuencia. La gestión eficaz de situaciones de alto riesgo requiere que todos los miembros del equipo sepan quién es cada uno y cuál es su función y capacidad. Ello se consigue con una simple presentación. El Coordinador de la lista pedirá a cada una de las personas presentes en el quirófano que se presente por su nombre y función. Los equipos que ya se conozcan pueden confirmar que todos se conocen, pero los nuevos miembros o las personas que hayan entrado en el quirófano después de la última operación, entre ellos los estudiantes y otro tipo de personal, deben presentarse personalmente.

**Cirujano, anestesista y enfermero confirman verbalmente la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento**

Este momento se corresponde con la “Pausa quirúrgica” convencional y cumple la normativa de muchos organismos de reglamentaciones

nacionales e internacionales. Antes de que el cirujano realice a la incisión cutánea, el Coordinador de la lista u otro miembro del equipo pedirá a los presentes que se detengan y confirmen verbalmente el nombre del paciente, el tipo de intervención que va a realizarse, su localización anatómica y, si procede, la posición del paciente para evitar operar al paciente o el sitio equivocados. Por ejemplo, el enfermero circulante anunciaría “Hagamos la pausa quirúrgica” y añadiría “

¿Estamos todos de acuerdo en que este es el paciente X, al que vamos a operar de una hernia inguinal derecha?”. La casilla no deberá marcarse hasta que el anestesista, el cirujano y el enfermero circulante hayan confirmado de forma explícita e individual que están de acuerdo. Si el paciente no está sedado, es conveniente obtener también su confirmación.

### **Previsión de eventos críticos**

La comunicación eficaz entre todo el equipo quirúrgico es fundamental para la seguridad de la cirugía, la eficiencia del trabajo en equipo y la prevención de complicaciones graves. Para garantizar que se comunican cuestiones esenciales sobre el paciente, en la pausa quirúrgica el Coordinador de la lista dirigirá una conversación rápida entre el cirujano, el anestesista y el personal de enfermería sobre los principales peligros y los planes operatorios. Para ello, sencillamente puede formularle a cada miembro del equipo la pregunta correspondiente en voz alta. El orden de la conversación no importa, pero la casilla correspondiente sólo se rellenará después de que cada disciplina clínica haya aportado su información.

Cuando se trate de procedimientos rutinarios o con los cuales todo el equipo esté familiarizado, el cirujano puede sencillamente anunciar: “Este es un caso rutinario de X tiempo de duración” y preguntar al anestesista y al personal de enfermería si tienen alguna reserva en particular.

### **El cirujano revisa los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista**

El objetivo mínimo de hablar sobre los “pasos críticos o imprevistos” es informar a todos los miembros del equipo de cualquier actuación que ponga al paciente en riesgo por hemorragia rápida, lesión u otra morbilidad importante. Asimismo, ofrece la oportunidad de revisar los pasos que puedan requerir equipos, implantes o preparativos especiales.

### **El equipo de anestesia revisa si el paciente presenta algún problema específico**

En pacientes en los que el procedimiento entrañe riesgo de hemorragia intensa, inestabilidad hemodinámica u otra morbilidad importante, un miembro del equipo de anestesia debe revisar en voz alta los planes y problemas específicos de la reanimación especialmente, la intención de utilizar hemoderivados y cualquier característica o comorbilidad del paciente (como enfermedades cardíacas o pulmonares, arritmias, hemopatías, etc.) que complique la situación. Se entiende que muchas intervenciones no entrañan riesgos o problemas particularmente críticos que deban ser compartidos con el equipo. En tales casos, el anestesista puede decir simplemente: “Este caso no presenta problemas especiales”.

### **Y los equipos el equipo de enfermería revisa si se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores) y si existen dudas o problemas relacionados con el instrumental**

El instrumentista, que prepara el instrumental y el equipo necesarios para la operación, debe confirmar verbalmente que se han esterilizado y que, en el caso del instrumental esterilizado por calor, se han verificado los indicadores de esterilidad. Cualquier discrepancia entre los resultados esperados y los resultados reales de los indicadores de esterilidad deberá comunicarse a los miembros del equipo y solucionarse antes de la incisión.

Este momento ofrece también la oportunidad de hablar de cualquier problema relacionado con el instrumental y equipos u otros preparativos para la intervención, así como de cualquier duda sobre la seguridad que puedan tener el instrumentista o el enfermero circulante, en particular aquellas que no hayan sido tratadas por el cirujano y el equipo de anestesia. Si no hay cuestiones especiales, el instrumentista puede decir sencillamente: “Esterilidad comprobada. Ninguna duda al respecto.”

### **¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?**

A pesar del consenso y de las pruebas convincentes de que la profilaxis antibiótica de las infecciones quirúrgicas es más eficaz cuando se han alcanzado concentraciones séricas y/o tisulares adecuadas del antibiótico, los equipos quirúrgicos no administran sistemáticamente antibióticos en la hora anterior a la incisión. Para reducir el riesgo de infección quirúrgica, el Coordinador de la lista preguntará en voz alta durante la pausa quirúrgica si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores. El responsable de esta administración, que suele ser el anestesista, debe confirmarlo verbalmente. Si no se hubieran administrado antibióticos profilácticos, deben administrarse en ese momento, antes de la incisión. Si se hubieran administrado más de 60 minutos antes, el equipo debe considerar la posibilidad de administrar una nueva dosis; si no se administra, la casilla se dejará en blanco.

Cuando la profilaxis antibiótica no se considere necesaria (por ejemplo, si no hay incisión cutánea o en casos de contaminación ya tratados con antibióticos), se marcará la casilla “no procede” una vez confirmado verbalmente por el equipo.

### **¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?**

Los estudios de imagen son fundamentales para garantizar una buena planificación y desarrollo de muchas operaciones, como los procedimientos ortopédicos, medulares y torácicos o muchas resecciones de tumores. En la “pausa quirúrgica”, el Coordinador de la lista preguntará



al cirujano si el caso requiere algún estudio de imagen. De ser así, el Coordinador confirmará verbalmente que dichas imágenes están en el quirófano y en lugar bien visible para que puedan utilizarse durante la operación. Sólo entonces se marcará la casilla. Si se necesitan imágenes pero no se dispone de ellas, deben conseguirse. El cirujano será quien decida si opera o no sin el apoyo de esas imágenes cuando sean necesarias pero no estén disponibles; si se decide a operar, la casilla se dejará sin marcar. Si no se necesitan imágenes se marcará la casilla “no procede”.

**En este punto se ha completado la “pausa quirúrgica” y el equipo puede proceder a la operación.**

La fase de “**SALIDA**” puede iniciarla el enfermero circulante, el cirujano o el anestesista, y debe llevarse a cabo antes de que el cirujano abandone el quirófano. Puede coincidir, por ejemplo, con el cierre de la herida.

Una vez más, las casillas sólo se marcarán cuando el Coordinador haya confirmado que el equipo ha abordado cada punto de la lista.

**El enfermero confirma verbalmente con el equipo el nombre del procedimiento realizado**

Dado que el procedimiento puede haberse modificado o ampliado en el curso de la operación, el Coordinador de la lista confirmará con el cirujano y el resto del equipo el procedimiento exacto que se haya realizado. Puede hacerse a modo de pregunta:

“¿Qué procedimiento se ha realizado?” o a modo de confirmación:

“Hemos llevado a cabo la intervención X, ¿no es así?”

**El enfermero confirma verbalmente con el equipo que los recuentos de instrumentos, gasas y agujas son correctos (o no proceden)**

El olvido de instrumentos, gasas y agujas es un error poco común, pero que sigue ocurriendo y puede resultar catastrófico. El enfermero circulante

o el instrumentista deberán por tanto confirmar verbalmente la exactitud del recuento final de gasas y agujas. En caso de que se haya abierto una cavidad también deberá confirmarse el recuento exacto del instrumental. Si los recuentos no concuerdan, se alertará al equipo para que se puedan tomar las medidas adecuadas (como examinar los paños quirúrgicos, la basura y la herida o, si fuera necesario, obtener imágenes radiográficas).

### **El enfermero confirma verbalmente con el equipo el etiquetado de las muestras (incluido el nombre del paciente)**

La rotulación incorrecta de las muestras anatomopatológicas puede ser desastrosa para el paciente y es a menudo una fuente demostrada de errores por parte de los laboratorios. El enfermero circulante confirmará el correcto etiquetado de toda muestra anatomopatológica obtenida durante la intervención mediante la lectura en voz alta del nombre del paciente, la descripción de la muestra y cualquier detalle orientativo.

### **El enfermero confirma verbalmente con el equipo si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos**

Los problemas relacionados con el equipo son habituales en los quirófanos. Es importante identificar los fallos y el instrumental o los equipos que no han funcionado bien para evitar que se vuelvan a utilizar antes de solucionar el problema. El Coordinador de la lista debe cerciorarse de que se identifiquen los problemas relacionados con el instrumental y los equipos que hayan surgido durante la intervención.

### **El cirujano, el anestesista y el enfermero revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente**

El cirujano, el anestesista y el enfermero revisarán el plan de tratamiento y recuperación posoperatorio, centrándose en particular en las cuestiones intraoperatorias o anestésicas que pudieran afectar al paciente. Tienen especial importancia aquellos eventos que presenten un riesgo específico

para el paciente durante la recuperación y que quizás no sean evidentes para todos los interesados. La finalidad de esta medida es transmitir información fundamental de forma eficiente y adecuada a la totalidad del equipo.

Con esta última medida se completa la lista de verificación de la seguridad. Si se desea, se puede añadir la lista a la historia del paciente o archivarla para fines de control de la calidad.

### **2.2.2.- Objetivos De La Lista De Verificación De Cirugía Segura.**

#### **Objetivo 1**

- El equipo operará al paciente correcto en el sitio anatómico correcto.

#### **Objetivo 2**

- El equipo utilizará métodos que se sabe que previenen los daños derivados de la administración de la anestesia, al tiempo que protegen al paciente del dolor.

#### **Objetivo 3**

- El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida de la función respiratoria o del acceso a la vía aérea, y reconocerá esas situaciones.

#### **Objetivo 4**

- El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida considerable de sangre, y reconocerá esas situaciones.

#### **Objetivo 5**

- El equipo evitará provocar reacciones alérgicas o reacciones adversas a fármacos que se sabe que suponen un riesgo importante para el paciente.

#### **Objetivo 6**

- El equipo utilizará sistemáticamente métodos reconocidos para minimizar el riesgo de infección de la herida quirúrgica.

#### **Objetivo 7**

- El equipo evitará dejar accidentalmente gasas o instrumentos en la herida quirúrgica.

### **Objetivo 8**

- El equipo guardará e identificará con precisión todas las muestras quirúrgicas.

### **Objetivo 9**

- El equipo se comunicará eficazmente e intercambiará información sobre el paciente fundamental para que la operación se desarrolle de forma segura.

### **Objetivo 10**

- Los hospitales y sistemas de salud públicos establecerán una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos.

### **2.2.3.- Ventajas Y Desventajas De La Utilización De La Lista De Verificación De Cirugía Segura:**

La Lista de Verificación de Cirugía Segura es una herramienta útil para los profesionales interesados en mejorar la seguridad de los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica (17). Su uso se ha asociado con reducciones en la mortalidad y en las complicaciones entre los pacientes. Además de ser una práctica que mejora la calidad y que puede ahorrar costos, su uso puede reducir el número de demandas por mala práctica. La comunicación entre los profesionales es un elemento importante para mejorar la seguridad de los pacientes. En la LVSC hay apartados en los que necesariamente todos los participantes tienen que comentar de forma conjunta los posibles eventos críticos que se pueden dar durante la intervención quirúrgica. La realización conjunta por los profesionales indicados no siempre es posible ya que hay ítems en los que los profesionales no están en el mismo espacio físico.

Como aspecto negativo hay que considerar que la implantación de la LVSC es una tarea ardua que requiere claridad de objetivos y empeño. Uno de los elementos clave para la implantación de una acción nueva es que los profesionales la consideren útil.

Cuando el personal encargado no explica el porqué de su uso o cómo se debe usar, el personal no entiende la razón de ser puesta en práctica lo que lleva a la frustración, el desinterés y el abandono.

#### **2.2.4.- Aspectos Positivos Y Negativos de la utilidad De la Lista De Verificación de Cirugía Segura:**

##### **Aspectos Positivos:**

- Los listados de verificación (checklist) son ayudas cognitivas para la realización de determinadas actividades. Se ha demostrado su eficacia tanto para garantizar la correcta ejecución de determinadas actividades, como en la prevención de errores al sistematizar las acciones y constituir un recordatorio de las mismas.
- Su implantación puede mejorar la seguridad del acto quirúrgico en los siguientes aspectos: identificación de pacientes, seguridad del acto anestésico, cirugía en lugar erróneo, información y consentimiento informado, profilaxis antibiótica, profilaxis antitrombótica, pérdida de piezas anatómicas, olvido de cuerpos extraños.
- El checklist, o Lista de Verificación de Cirugía Segura, es una herramienta con la que, además de garantizar la seguridad del paciente y usuario, se facilita y acredita la buena praxis por parte de los profesionales de la salud. Ahora bien, la prevención de eventos adversos en el área quirúrgica no sólo disminuye la morbi-mortalidad de los pacientes, sino que disminuye el riesgo jurídico de los profesionales.

##### **Aspectos Negativos:**

- Falta de compromiso claro de las Administraciones y Organizaciones Sanitarias y de los profesionales, si bien en el caso de las Administraciones y Organizaciones es cierto que la crisis económica no ha favorecido la apuesta por la implantación de estrategias de Seguridad del Paciente, como el checklist.

- Falta de cultura de Seguridad de Pacientes entre las organizaciones y los profesionales de la salud. Los intentos de implantación se han llevado a cabo sin el consenso de los profesionales que tienen que cumplir con la correcta aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.
- La Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations (JCAHO) ha identificado una serie de factores relacionados con las situaciones de cirugía en sitio erróneo, entre los que merece destacarse por ser el objeto de nuestro estudio, la ausencia de una lista de comprobación (checklist), señalado además otros factores tales como fallo en la comunicación entre el equipo quirúrgico, y entre éste y el paciente y su familia, falta de implementación de protocolos para verificar el paciente y el procedimiento, falta de procedimiento de marcado de la zona a operar, una mala evaluación del paciente, no contar con la historia completa en el quirófano, factores de distracción, barreras de lenguaje.

#### **2.2.5.- Seguridad Del Paciente:**

La Seguridad del paciente de acuerdo a la OMS se define como la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria.(18)

Se conoce como tal al conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud.

Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria.

### **La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo**

En la Asamblea Mundial de la Salud de 2002, los Estados Miembros de la OMS adoptaron una resolución sobre la seguridad del paciente. Desde la puesta en marcha en 2004 del Programa de Seguridad del Paciente de la OMS, más de 140 países han tratado de solucionar los problemas que plantea una atención sin garantía de seguridad. Actualmente se reconoce cada vez más que la seguridad del paciente y la calidad de la atención que se le presta son dimensiones fundamentales de la cobertura sanitaria universal.

### **Uno de cada 10 pacientes puede sufrir algún tipo de daño en el hospital**

Se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital. El daño puede ser consecuencia de distintos errores o efectos adversos.

### **Las infecciones hospitalarias afectan a 14 de cada 100 pacientes ingresados**

De cada 100 pacientes hospitalizados en un momento dado, siete en los países desarrollados y 10 en los países en desarrollo contraerán infecciones relacionadas con la atención de salud. Cientos de millones de

pacientes se ven afectados por este problema cada año en todo el mundo. La frecuencia de tales infecciones puede reducirse en más de un 50% con la adopción de medidas sencillas y de bajo costo para la prevención y el control de infecciones.

### **La mayoría de las personas no tiene acceso a dispositivos médicos apropiados**

Se calcula que existen 1,5 millones de dispositivos médicos diferentes y más de 10 000 tipos de dispositivos disponibles en todo el mundo. Sin embargo, la mayor parte de la población mundial no tiene acceso adecuado a dispositivos médicos apropiados y seguros en su sistema de salud. Más de la mitad de los países de ingresos bajos y medianos-bajos no cuentan con una normativa nacional sobre tecnología sanitaria que pueda garantizar el uso eficaz de los recursos mediante una planificación, evaluación, adquisición y gestión adecuadas de los dispositivos médicos.

### **Las inyecciones sin garantía de seguridad se han reducido en un 88% entre 2000 y 2010**

La medición realizada en 2010 de los indicadores principales sobre la seguridad de las inyecciones revela que ha mejorado considerablemente la tasa de reutilización de los dispositivos de inyección (5,5% en 2010), mientras que se han conseguido logros modestos mediante la reducción del número de inyecciones por persona por año (2,88 en 2010).

### **Trabajar en equipo es imprescindible para que las intervenciones quirúrgicas sean seguras**

Se estima que cada año se realizan en el mundo 234 millones de operaciones quirúrgicas. La atención quirúrgica conlleva un riesgo considerable de complicaciones. Los errores en ese ámbito contribuyen a aumentar considerablemente la carga de morbilidad, a pesar de que el



50% de las complicaciones que surgen en la atención quirúrgica pueden evitarse.

### **Entre el 20% y el 40% de todo el gasto en salud se despilfarra a causa de una atención de calidad deficiente**

Los estudios sobre seguridad muestran que en algunos países se pierden hasta US\$ 19 000 millones por año a causa de la prolongación de la estancia en el hospital, los litigios, las infecciones intrahospitalarias, la discapacidad, la pérdida de productividad y los gastos médicos. Así pues, las razones económicas para mejorar la seguridad del paciente son poderosas.

### **La atención médica tiene un historial de seguridad deficiente**

Actividades supuestamente de alto riesgo, como la aviación o las plantas nucleares, tienen un historial de seguridad muy superior al de la atención médica. La probabilidad de que un pasajero sufra algún daño en un avión es de 1 en 1 000 000. En cambio, la probabilidad de que un paciente sufra algún daño ocasionado por la atención médica es de 1 en 300.

### **La experiencia y la salud de los pacientes son esenciales**

La experiencia y la salud de los pacientes son el eje de los servicios de atención médica orientados al paciente y centrados en las personas. Las experiencias y perspectivas de los pacientes son valiosos instrumentos de aprendizaje y baremos que permiten determinar las necesidades, vigilar los progresos y evaluar los resultados.

### **Las alianzas de hospitales pueden desempeñar una función crucial**

Desde hace décadas las alianzas bilaterales entre hospitales destinadas a mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención han servido para el intercambio técnico entre el personal sanitario. Tales alianzas

ofrecen un canal de aprendizaje bidireccional sobre seguridad del paciente y la posibilidad de encontrar conjuntamente soluciones en unos sistemas de salud mundiales que cambian con rapidez.

#### **2.2.6.- Equipo Quirúrgico:**

Se compone por todas las personas involucradas en el procedimiento quirúrgico, cada una de las cuales desempeña una función de la que depende la seguridad y el éxito de una operación: Cirujanos, anestesistas, personal de enfermería y demás personal del quirófano.

En situaciones poco complicadas el cirujano trabaja con la instrumentista solamente y en otras más complicadas hasta trabaja con tres ayudantes y dos instrumentistas. Existe, por supuesto, toda una gama de situaciones intermedias.

Funciones del equipo quirúrgico:

##### **1.- Funciones del cirujano:**

- Debe desarrollar y ejercitar su criterio, lo que permitirá tomar decisiones rápidas y seguras en los momentos necesarios (por ejemplo: situaciones imprevistas o complicaciones que obliguen a variar los pasos de la cirugía).
- Debe trabajar rodeado de las mejores condiciones: buena luz, buen instrumental, adecuada anestesia, debiendo haber previsto con anterioridad todos los elementos que utilizaría durante el acto quirúrgico.
- Debe trabajar con orden y minuciosidad.
- No debe realizar una cirugía careciendo del conocimiento de la patología y/o de la técnica que debe aplicar.

- Debe exigir orden y trabajo sistemático a todo el equipo y señalar los errores a quienes lo asisten, pues es el responsable de su formación y perfeccionamiento.
- Debe tratar de realizar los llamados de atención sin humillar a los componentes del equipo (usar tono severo pero cordial).
- Debe conocer al detalle el trabajo de todos los integrantes del equipo para poder corregirlos y entender las dificultades que puedan presentárseles.
- Todo el instrumental que utilice debe devolverlo a la instrumentista. Es de mala técnica dejar el instrumental sobre la mesa de operaciones.
- No debe realizar maniobras ciegas, debe reconocer bien lo que se incide o se diseca; no se deben realizar maniobras incompletas.
- Al pedir instrumental no debe desviar la vista de la herida, es la instrumentista quien debe ir hacia el cirujano, debiendo solicitarlo en voz alta y clara, presentando la mano de manera que ésta pueda entregar lo pedido.
- Es conveniente que el cirujano se haga el tiempo necesario para hacer la crítica o elogio de la acción a cada uno de los componentes de equipo, una vez finalizada la cirugía.

## **2.- Funciones de la enfermera instrumentista:**

- Deberá conocer en detalle la cirugía en la que participará para preparar todo lo necesario y prever toda complicación posible.
- Debe tratar, en lo posible, de resolver los problemas que se presentan sin complicar al cirujano.
- Debe ingresar al quirófano antes que el cirujano y el paciente para tener todo listo y preparado antes de la entrada de éstos.
- El armado de la mesa debe hacerlo en un orden habitual y sistemático.
- Una vez lista la mesa no se alejará de su puesto, salvo expresa orden del cirujano.

- Al pasar el instrumental deberá ir de su mano a la del cirujano.
- Debe facilitar y acelerar el ritmo de la cirugía.
- No discutirá órdenes ni opiniones del cirujano y ayudantes.
- No se distraerá con hechos extra operarios y hablará solo lo indispensable.
- Debe pasar el instrumental de manera que el Cirujano sienta que lo tiene en su mano (recordar que el Cirujano no la mira, sino que sólo tiende la mano para recibir lo pedido).
- Seguirá la cirugía atentamente, adelantándose a las necesidades del Cirujano o ayudantes.
- Todo el material devuelto a la mesa debe ser limpiado con una gasa antes de colocarlo en su lugar.
- Mantendrá la mesa lo más ordenada y limpia posible, para que al final de la cirugía esté igual que al principio.
- Terminada la operación colaborará en el vendaje de la herida quirúrgica asistida por la enfermera circulante; supervisará y/o lavará el instrumental ayudada por el circulante y chequearán que el quirófano y la caja de instrumental queden en orden.

### **3.- Funciones de la enfermera circulante.**

Se encuentra bajo las órdenes directas del/la Instrumentista.

- Debe preparar el quirófano para la cirugía a realizar: Ropa, instrumental, guantes y vestimenta estéril, suturas, gasa, una bandeja con antiséptico, una bandeja para retirar la pieza proveniente de la cirugía (si ésta lo requiere).
- Preparará el ambiente quirúrgico, el aspirador, el instrumental especial, etc. Antes de la operación debe realizar el control de todo el equipo eléctrico para asegurarse su funcionamiento.
- Ayudará al anestesista en la tranquilización del paciente.
- Ayudará a la instrumentista a vestirse asépticamente y luego en todo lo que ésta necesita para la preparación de la mesa.

- Estará atenta durante toda la cirugía (que por supuesto debe conocer y seguir atentamente) a cualquier situación imprevista que se presente a la instrumentista o al cirujano.
- Cuidará de no contaminar lo que deba manipular, si esto sucede debe avisar, aunque tema la reprimenda, para evitar una complicación postquirúrgica. Su acción correcta y eficiente es también necesaria para el buen desarrollo de la intervención y el posterior buen resultado.
- Una vez finalizada la cirugía, debe limpiar bien la zona de la herida y colaborar con la instrumentista en el vendaje de la misma.
- Ayudará a la instrumentista en el lavado y secado del instrumental.

#### **4.- Funciones del médico anestesista.**

Es el responsable de la anestesia del paciente. No debe estar vestido en forma aséptica.

- Realiza la canalización del paciente.
- Interviene en la preparación del campo operatorio.
- Da la orden para el comienzo de la cirugía.
- Ayuda a la sujeción del paciente en la mesa operatoria, tratando de que tenga la mejor posición.
- Debe monitorear permanentemente al paciente y llevar una planilla anestésica donde figurarán la evolución intraoperatoria de todos los parámetros vitales.
- No se debe retirar de la mesa anestésica mientras dure la intervención.
- Finalizada la cirugía debe seguir monitoreando al paciente hasta que logre una completa recuperación.
- Debe realizar un informe mencionando si hubo alteraciones pre, intra o post operatorias de los parámetros normales del paciente.

#### **2.2.7.- Efectos Adversos:**

Un efecto adverso quirúrgico se define como “un resultado desfavorable atribuible a un procedimiento quirúrgico” (4). Los estudios efectuados en

este ámbito han mostrado la dificultad de su análisis debido a la variabilidad de los sistemas de registro y a la extensa gama de definiciones en la bibliografía (4).

Los efectos adversos quirúrgicos están relacionados con accidentes intraoperatorios quirúrgicos o anestésicos, con complicaciones postoperatorias inmediatas o tardías y con el fracaso de la intervención quirúrgica. Por la gravedad de sus consecuencias pueden ser leves, moderados, con riesgos vitales o fatales, por el fallecimiento del paciente.

Se han clasificado en:

- Complicaciones de la herida quirúrgica.
- Complicaciones de la técnica quirúrgica.
- Complicaciones sistémicas (infección respiratoria, infección urinaria, infección de la vía central, infarto de miocardio, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar y fracasos orgánicos).
- Fracaso quirúrgico por persistencia o recidiva de la enfermedad o de sus síntomas.
- Accidentes anestésicos.

La experiencia y la especialización del equipo quirúrgico, sobre todo en intervenciones de mediana y alta complejidad, ha demostrado ser un factor determinante en la disminución de resultados adversos.

Cabe destacar como un factor contribuyente de complicaciones en los pacientes, la mala comunicación entre el equipo quirúrgico. Este es un problema común que ocurre y que puede poner en peligro la seguridad de los pacientes por aumento de la carga cognitiva, interrupción de la rutina de las actividades a realizar y aumento de la tensión en el quirófano.

En el estudio observacional de Lingard L. y colaboradores se clasifican cuatro tipos de fallos de comunicación: ocasión (tiempo óptimo), contenido (insuficiencias o imprecisiones), el propósito y el grupo. Los

fallos de comunicación se produjeron en aproximadamente el 30% de los intercambios del equipo. (18)

### **2.2.8.- Implicancias Legales:**

La negligencia en salud es un acto u omisión por parte de un proveedor de asistencia médica que se desvía de los protocolos estandarizados por la comunidad médica en la atención o manejo para una determinada enfermedad y que causa alguna lesión al paciente.

La actitud negligente merece todo el peso de la ley, de acuerdo a la gravedad de la falta y las consecuencias en la víctima del hecho punible. Al respecto, no podría señalar todos los casos en que se produce negligencia médica; sin embargo, existen algunos casos que por lo general se presentan y son los siguientes:

- a) Incumplimiento en diagnosticar un problema.
- b) Incumplimiento en detectar una fractura ósea, o componerla inadecuadamente.
- c) Incumplimiento en detectar y curar una hemorragia.
- d) Incumplimiento en realizar exámenes diagnósticos necesarios (prueba de Papanicolaou, rastreos de tomografías computarizadas, etc.).
- e) Someter a un paciente a procedimientos innecesarios.
- f) Incumplimiento en diagnosticar un cáncer.
- g) Recetar el medicamento equivocado o medicamentos que tengan efectos secundarios cuando se toman juntas (así sea porque la receta podría haber sido ilegible).
- h) Aplazar una cirugía.
- i) Incumplimiento en controlar la diabetes que trae como consecuencia un coma, amputación, una ceguera.
- j) No investigar más a fondo cuando las pruebas médicas justifican un examen más minucioso.
- k) Errores quirúrgicos.

- l) Mala administración obstétrica como por ejemplo incumplir con realizar una cesárea en caso de sufrimiento fetal o materno.
- m) Fallas en los equipos.
- n) Condiciones antihigiénicas que podrían favorecer la contracción de infecciones.
- o) Desatención a los ancianos de forma que son más vulnerables a sufrir una lesión o una enfermedad.

Los tipos de responsabilidad del profesional de salud:

Los médicos no son los únicos proveedores de servicios médicos que pueden ser responsabilizados si sucede algo malo: los quiroprácticos, dentistas, enfermeros, técnicos de los hospitales, farmaceutas, etc. También tienen que cuidar a sus pacientes conforme a los mandatos de sus respectivas profesiones y por lo mismo tienen la obligación de sufrir las consecuencias de sus fallas cometidas en el ejercicio profesional.

### **Responsabilidad moral:**

El incumplimiento del deber es un cargo de conciencia para sí mismo. Por lo tanto, el castigo es interno y de carácter muy personal; es decir, la CONCIENCIA SERÁ EL JUEZ. La conciencia profesional no olvida, ni perdona, ni a través del tiempo, ninguno de esos pequeños o grandes delitos, que por acción o por omisión se haya cometido.

### **Responsabilidad ética:**

Contenido en el Código de Ética Médica y Deontología del Perú. Dicho documento constituye un conjunto de reglas de carácter ético que aseguran cuando se cumple una práctica honesta y una conducta honorable a todos y a cada uno de los miembros de la profesión médica. Su incumplimiento genera faltas a la ética y da lugar a sanciones según la gravedad de falta cometida. El Capítulo III del Código de Ética Médica y Deontología del Perú señala lo siguiente:



Art. 65: “El médico debe presentarse al paciente en condiciones de ecuanimidad e higiene y tratarlo con lealtad, decoro, corrección, dedicación, cortesía y oportunidad.”

Art. 66: “El médico debe proporcionar al paciente una atención cuidadosa, exhaustiva, completa, tomando el tiempo necesario de acuerdo a la naturaleza del problema clínico. No debe actuar de modo apresurado e irresponsable en detrimento de la calidad de la atención.”

Art. 67: “EL médico debe indicar sólo exámenes auxiliares, tratamientos o procedimientos que sean de utilidad específica, los cuales deben estar debidamente sustentados. En caso de que el paciente sufriera daño por la intervención deberá ser informado de inmediato.”

### **Responsabilidad frente al INDECOPI:**

El Decreto Legislativo N° 716 “Ley de Protección al Consumidor” en el Art. 7 y 8 respectivamente señala: “Los proveedores están obligados a cumplir con las normas de seguridad y calidad de servicios.” y “Son responsables, además, de la idoneidad y calidad de los servicios, en lo que corresponde.”

### **Responsabilidad legal:**

Es la obligación de responder ante los tribunales de justicia, de los daños que ha ocasionado. Ella se ejecuta, ya bajo la forma de simple reparación, como resarcimiento por el perjuicio ocasionando; y en formas más o menos privada (responsabilidad civil; o, bien como acto sancionador y punitivo, como castigo por estas mismas faltas (responsabilidad penal).

### **La responsabilidad penal:**

Se genera cuando el profesional de salud que ocasiona el daño con su acción u omisión lesiva está tipificada en el Código Penal como constitutiva de un delito o de una falta.

Es una responsabilidad personal y ello implica que la sanción (condena) penal prevista solamente puede ser cumplida por la persona que de forma directa es autor del delito o la falta.

En ese sentido la descripción típica de homicidio culposo lo encontramos en el Artículo 111º del Código Penal y sobre lesiones culposas encontramos la tipificación en el Artículo 124º del Código Penal.

La provocación de una muerte, o la determinación de una lesión o de un proceso morboso, debidos a actos profesionales, justificativos de responsabilidad, son la consecuencia directa de las formas de aparición de la culpa, que son las siguientes:

- **Imprudencia**

Es la falta de prudencia, cordura o moderación. En ella hay insensatez, ligereza y precipitación. La imprudencia viene a ser una conducta positiva que consiste en hacer más de lo que debería hacer. Forzar las dosis terapéuticas más allá de los límites señalados por la experiencia, ejecutar operaciones graves con el objeto de reparar lesiones insignificantes o ejecutar intervenciones quirúrgicas en estado de ebriedad.

- **Negligencia**

Es una modalidad de culpa que guarda sintonía con una práctica médica deficiente, con descuido y desatención. Es hacer un menos de lo que se debería hacer. V. gr. el cirujano que luego de practicar una operación quirúrgica olvida una gasa o instrumento en el campo quirúrgico.

- **Impericia**

Está genéricamente determinada por la insuficiencia de conocimiento para la atención del caso, que se presume y se consideran adquiridos, por

la obtención del título profesional y el ejercicio de la profesión, asimismo es la incapacidad técnica para el ejercicio de una función determinada.

Existe una impericia absoluta cuando se obra fuera del campo en que uno estaba autorizado por el propio título académico. Existe impericia relativa cuando aun estando autorizado por el propio título profesional se revelara escasa competencia técnica.

### **2.2.9. PERCEPCIÓN**

Según Merleau-Ponty (15), en su libro Fenomenología de la percepción, la percepción es entendida como la manera en que el cerebro de un organismo interpreta los estímulos sensoriales que recibe a través de los sentidos para formar una impresión consciente de la realidad física de su entorno. En virtud de la capacidad perceptiva, las personas procesan constantemente información sobre hechos, escenas y objetos, estructura, propiedades y regularidades, que resulta decisiva en la cognición y la acción.

No obstante la diversidad de la información lograda, a través de diferentes sentidos, se alcanza una comprensión organizada y coherente del mundo. La percepción, como proceso cognitivo, no se reduce, sin embargo, al pasivo registro de un agregado o suma de sensaciones mecánicamente asociadas entre sí.

La percepción resulta, pues, de los datos sensoriales suministrados por los sentidos, así como de la interpretación realizada por el sujeto participante, a la luz de las propias experiencias o lo que ya sabe sobre el mundo y la vida, pues “la percepción es un proceso que usa el conocimiento previo para recopilar e interpretar los estímulos que nuestros sentidos registran” .(16)

Entre la entrada sensorial (input) y la salida o resultado de la percepción (output), se produce una serie de procesos sucesivos, (procesamiento) por los que los datos sensoriales de entrada, registrados por los órganos

receptores, son transformados, elaborados e interpretados, extrayendo información de los objetos, hechos y escenas del entorno. En dicho procesamiento es decisiva la función activa del sujeto con sus experiencias o conocimientos previos, incluidas sus expectativas sobre cómo se presentan, suceden y se relacionan los hechos en el mundo (16)

### **Diferencias entre sensación y percepción**

Es importante declarar que percepción no es sinónimo de sensación, y dado que ambos conceptos suelen utilizarse como sinónimos, explicaremos cuáles son sus diferencias.

Una sensación es una experiencia que se vive a partir de un estímulo; es la respuesta clara a un hecho captado a través de los sentidos.

Una percepción, por su parte, es la interpretación de una sensación. Aquello que es captado por los sentidos adquiere un significado y es clasificado en el cerebro. Suele decirse que la sensación es lo que precede a la percepción.

Cuando se utiliza el concepto percepción se estará haciendo referencia a una imagen mental formada a partir de la experiencia humana, que incluye su forma de organización, su cultura y sus necesidades.

Allí están los dos componentes de la percepción que analiza la ciencia psicológica: el medio externo que es precisamente la sensación que será captada (en forma de sonido, imagen), y el medio interno que es el modo en el que se interpretará ese estímulo (totalmente variable según el individuo).

Por esto se dice que la percepción es de carácter subjetivo, es selectiva porque las personas deciden (a veces de forma inconsciente) percibir algunas cosas y otras no, y es temporal porque no se producirá por siempre sino por un corto plazo.

Existen diferentes teorías de la percepción: las teorías innatas, las teorías empiristas y las teorías constructivistas o interaccionistas. Las teorías innatas expresan la influencia genética en la percepción; según ellas lo que podemos percibir y la manera en que lo hacemos ya está predeterminado en nosotros, es decir, es innato.

Según las teorías empiristas, la percepción está ligada a la experiencia del individuo con el entorno en que vive; así, el aprendizaje de la persona adquiere gran importancia en su percepción de la realidad.

Las teorías constructivistas distinguen dos clases de factores (innatos y aprendidos), de cuya interacción depende la percepción.

## **2.3.- DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS:**

**Percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad de La Lista de Verificación de Cirugía Segura del Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro”:** Es la respuesta expresada por el equipo quirúrgico sobre la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, que será dimensionado en la utilidad de las lista de chequeo y los aspectos positivos y negativos para el uso de la lista que será medido a través de una escala de Likert cuyo valor final será: Favorable, medianamente favorable y desfavorable.

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1.- TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio de investigación es de método descriptivo, de tipo cuantitativo de corte transversal, lo cual permitió conocer la percepción del equipo quirúrgico sobre la aplicación de la Lista De Verificación De Cirugía Segura en un periodo de tiempo y espacio determinado.

#### **3.2.- LUGAR DE ESTUDIO**

El estudio se realizó en el Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro” ubicado en Pampa del Carmen, en la ciudad de La Merced, provincia de Chanchamayo. Cuenta con los servicios de: Emergencia, UCI, Centro Quirúrgico, Unidad de Recuperación Post-anestésica, Hospitalización entre otros. El trabajo de investigación se realizó en el servicio de Centro Quirúrgico que cuenta con tres salas de operaciones debidamente equipadas.

#### **3.3.- POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La población estuvo conformado por el equipo quirúrgico que labora en Sala de Operaciones del Hospital Regional Docente de Medicina Tropical

“Julio César Demarini Caro”, conformado por 25 profesionales. (ANEXO D)

### **3.4.- UNIDAD DE ANÁLISIS**

La unidad de análisis del presente trabajo de investigación estuvo conformada por equipo quirúrgico que labora en Sala de Operaciones del Hospital Regional Docente de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro”, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

### **3.5.- CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **3.5.1.- Criterios de inclusión**

- Cirujanos, Anestesiólogo y Licenciadas de enfermería con y sin especialidad en centro quirúrgico que laboran en sala de operaciones permanentemente.
- Que acepten participar en la investigación.
- Que realicen labor asistencial.

#### **3.5.2. Criterios de exclusión**

- Cirujanos, Anestesiólogo y Licenciadas de enfermería que cubre turnos esporádicamente
- Cirujanos, Anestesiólogo y Licenciadas de enfermería que están de vacaciones o licencia de maternidad
- Cirujanos, Anestesiólogo y Licenciadas de enfermería que este de pasantía.

### **3.6.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento, la Escala modificada de Likert (Anexo B), que consta de presentación,

instrucciones, datos generales y datos específicos; el cual fue sometido a juicio de expertos, conformado por profesionales en el área, siendo la información procesada en la Tabla de Concordancia y Prueba binomial (Anexo E).

Posterior a ello se llevó a cabo los reajustes al instrumento a fin de realizar la prueba piloto para determinar la validez estadística mediante la prueba ítem-test Coeficiente de Correlación de Pearson (Anexo H) y para la confiabilidad se utilizó la prueba de Alpha de Crombach.(Anexo I)

### **3.7. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para implementar el estudio se realizó el trámite administrativo mediante un oficio dirigido a la dirección del Hospital Regional de Medicina Tropical "Julio César Demarini Caro", a fin de obtener las facilidades y autorización respectiva. Luego se llevó a cabo las coordinaciones pertinentes con las autoridades del servicio a fin de elaborar el cronograma de recolección de datos, considerando una duración de aproximadamente 20-30 minutos para la aplicación del instrumento previo consentimiento informado.

### **3.8. PROCEDIMIENTO PARA ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS**

Posterior a la recolección de datos se realizó el procesamiento mediante el programa de Microsoft Excel 2010, previa elaboración del libro de códigos (Anexo C) y la tabla matriz de datos (Anexo D). Los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable se utilizó la Escala de Stanones para valorar la actitud en aceptación, indiferencia y rechazo. (Anexo F)



### **3.9 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

Para ejecutar el estudio se tuvo en cuenta contar con la autorización respectiva de la institución y el consentimiento Informado de los sujetos de estudio, expresándole que la información es de carácter anónimo y confidencial. (Anexo C).

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSION**

Luego de recolectados los datos, éstos fueron procesados y presentados en gráficos y/o tablas para su análisis e interpretación considerando el marco teórico. Así tenemos que:

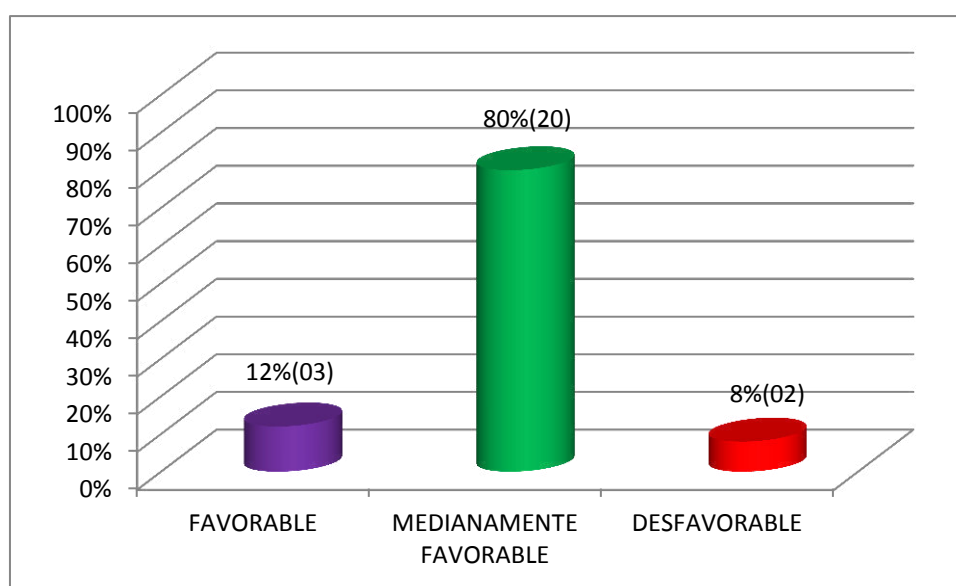
#### **4.1. RESULTADOS**

Acerca de los datos generales tenemos que del 100% (35), miembros del Equipo Quirúrgico encuestados, 09 (36%) tiene entre 36 y 40 años, 06(24%) más de 41 años, 05 (20%) entre 25 a 30 años, seguido de 05 (20%) entre 31 a 35 años. Respecto al sexo 12(48%) es femenino y 13(52) masculino; según el tiempo de servicio 09(36%) tienen un tiempo de servicio que va de 11 a 15 años, seguido de 08 (32%) de 6 a 10 años, y 04(16%) de 1 a 5 años de servicio; asimismo se observa que los miembros del Equipo Quirúrgico se tienen que 12(48%) son cirujanos, 08(32%) son enfermeras y 05(20%) son anestesiólogo. (Anexo J).

Por lo expuesto podemos deducir que casi la mitad de la población de estudio es mayor de 36 años, predomina el sexo masculino, el 68 % de la población tiene más de 6 años de tiempo de servicio y en el equipo quirúrgico la mayoría de la población son cirujanos, seguidos de las enfermeras de Centro Quirúrgico mientras los anestesiólogos conforman el grupo minoritario.

## GRAFICO N°01

**PERCEPCIÓN DEL EQUIPO QUIRÚRGICO SOBRE LA UTILIDAD DE  
LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA DEL HOSPITAL  
REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL “JULIO  
CÉSAR DEMARINI CARO”.  
LA MERCED – PERU  
2015**



FUENTE: Instrumento aplicado al equipo quirúrgico del Hospital Julio Demarini Caro, La Merced- 201

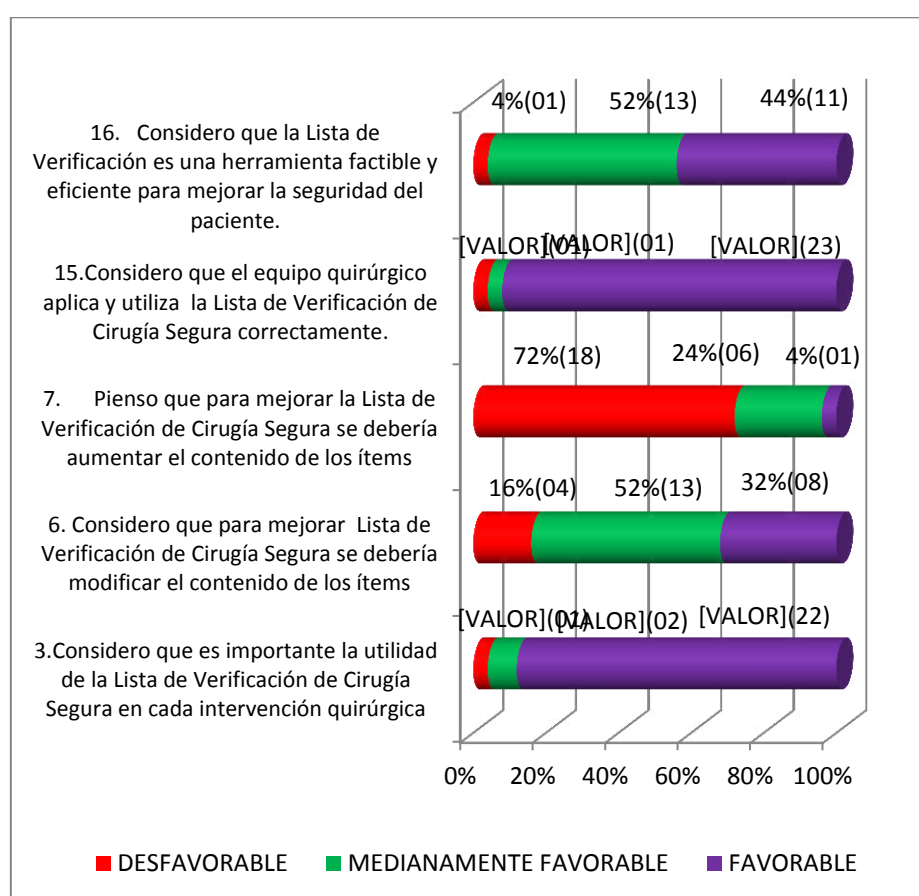
Acerca de la Percepción Del Equipo Quirúrgico Sobre La Utilidad De La Lista De Verificación De Cirugía Segura en el servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Regional Docente de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro”, del 100% (25), el 80% (20) tienen una percepción medianamente favorable, el 12% (03) tienen una percepción favorable, y el 8% (2) una percepción desfavorable. (Grafico N° 1).

Los aspectos referidos a percepción medianamente favorable 52%(13) la aplicación y la utilización de la Lista de Verificación de Cirugía Segura mejora la comunicación entre el equipo quirúrgico, 52%(13) que existen muchas barreras para aplicar la Lista De Verificación De Cirugía Segura en cada intervención quirúrgica, lo favorable por 88%(22) consideran que

la lista de chequeo cumple un rol importante en la seguridad del paciente, 68%(17) existe mayor conciencia sobre los beneficios de la Lista de Verificación de Cirugía, y lo desfavorable referido a 48%(12) les desagrada aplicar y utilizar la Lista de Verificación de Cirugía Segura por que altera/perjudica el ritmo de trabajo en el quirófano dado al número de ítems que contiene, 24%(06) incomoda ver a los profesionales rellenar la Lista sin haber verificado en cada intervención quirúrgica. (Anexo O, P)

## GRAFICO N°02

### PERCEPCION DEL EQUIPO QUIRÚRGICO SOBRE LA UTILIDAD DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA SEGÚN DIMENSION UTILIDAD POR ITEMS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL “JULIO CÉSAR DEMARINI CARO”. LA MERCED – PERU 2015



FUENTE: Instrumento aplicado al equipo quirúrgico del Hospital Julio Demarini Caro, La Merced- 201

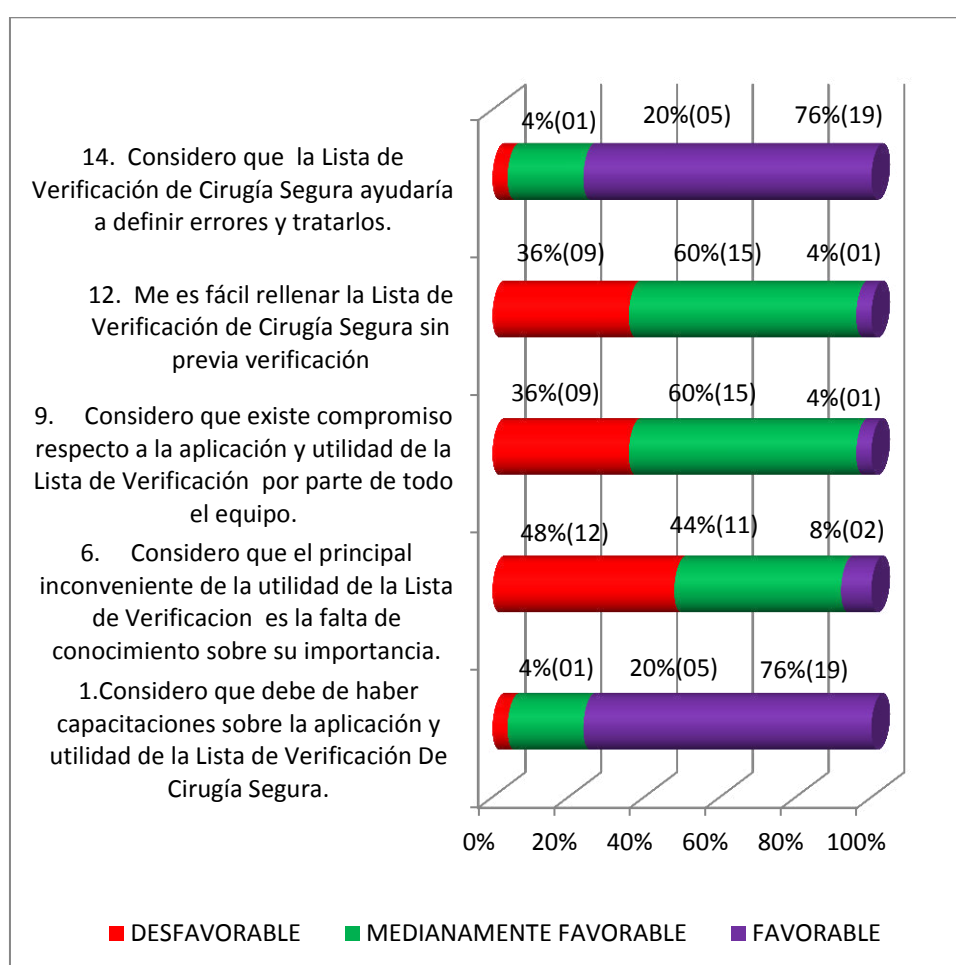
En cuanto a la Percepción Del Equipo Quirúrgico Sobre La Utilidad De La Lista De Verificación De Cirugía Segura Según la Dimensión Utilidad Por Ítems, en el servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Regional Docente de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro”, tenemos que del 100% (25), el 88% (22) tienen una percepción medianamente favorable, un 08%(02) es favorable y 04%(01) es desfavorable. (Anexo K).

Los aspectos medianamente favorable está dada por 52%(13) se debe mejorar la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura modificando el contenido de los ítems, 52%(13) consideran que la Lista de Verificación de Cirugía Segura es una herramienta factible y eficiente para mejorar la seguridad del paciente en el área quirúrgica, lo favorable está dado por 92%(23) el equipo quirúrgico aplica y utiliza la Lista de Verificación de Cirugía Segura correctamente en cada intervención quirúrgica, 88%(22) consideran que es importante la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en cada intervención quirúrgica y un porcentaje significativo lo considera desfavorable 72(18%) al aumentar el contenido de los ítems para mejorar la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura. (Gráfico N° 4)(Anexo O)

### GRAFICO N°03

**PERCEPCION DEL EQUIPO QUIRÚRGICO SOBRE LA UTILIDAD DE  
LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA SEGÚN  
LA DIMENSION ASPECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS POR  
ITEMS PARA EL USO DE LA LISTA EN EL HOSPITAL  
REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL  
“JULIO CÉSAR DEMARINI CARO”.  
LA MERCED – PERU**

**2015**



FUENTE: Instrumento aplicado al equipo quirúrgico del Hospital Julio Demarini Caro, La Merced- 201

En cuanto a la Percepción Del Equipo Quirúrgico Sobre La Utilidad De La Lista De Verificación De Cirugía Segura Según la dimensión aspectos positivos y negativos para el uso de la lista, en el servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Regional Docente de Medicina Tropical “Julio

César Demarini Caro”, tenemos que del 100% (25), 80% (20) tienen una percepción medianamente favorable, un 12%(03) es favorable y 08%(02) es desfavorable. (Anexo K). Los aspectos medianamente favorable está dada por 60%(15) consideran que es fácil rellenar la Lista a sin previa verificación, 60%(15) existe compromiso respecto a la aplicación y utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por parte de todos los miembros involucrados en el procedimiento quirúrgico, lo favorable está dados por un 76% (19) consideran que debe de haber capacitaciones sobre la aplicación y utilidad de la Lista de Verificación De Cirugía Segura, 76% (19) que la Lista de Verificación de Cirugía Segura ayudaría a definir errores y tratar que no sean cometidos nuevamente, y un 48%(12) es desfavorable porque considera que el principal inconveniente de la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía segura es la falta de conocimiento sobre su importancia. (Grafico N°5)(Anexo Q)

## **4.2. DISCUSION**

La seguridad del paciente constituye un aspecto fundamental en la prestación de servicios de salud por ello la OMS en el año 2004 se aprobó la creación de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, y se definieron pautas para reducir los errores en la atención en salud y aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar importantes cuestiones de seguridad, como las inadecuadas prácticas de seguridad anestésicas, las infecciones quirúrgicas evitables y la escasa comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico, para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de acontecimientos de este tipo, enfocadas a reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre disciplinas clínicas, para reducir el número de complicaciones y de defunciones quirúrgicas innecesarias.

La Cirugía Segura es un procedimiento efectuado en quirófano para curar, mediante intervenciones quirúrgicas, enfermedades del cuerpo humano, observando reglas que minimicen riesgos y daño a los enfermos,



a la vez que examina la ausencia de lesiones derivadas de dicha atención, asegurando la vida de la persona que será intervenida, ya que aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, la falta de seguridad de la atención quirúrgica, puede provocar daños considerables, lo cual tiene repercusiones importantes en la salud pública, dada la ubicuidad de la cirugía.

Para garantizar una cirugía segura abordando los conceptos de seguridad del paciente y calidad de atención se utiliza la “Lista de Chequeo de Cirugía Segura”, una lista de comprobación que sirve de guía y permite recordar los puntos que deben ser inspeccionados en función de los conocimientos que se tienen sobre las características y riesgos de la cirugía, está compuesta por un conjunto de 19 puntos que se deben verificar durante todo el procedimiento quirúrgico, dividido en 3 tiempos: antes, durante y después de la intervención. Se ha demostrado que su uso se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales y entornos y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas.

Existen tres principios aplicables a la Lista de Chequeo que son Simplicidad, Amplitud de Aplicación y Mensurabilidad, si se cumplen los tres principios es posible que se logre aplicar la Lista de chequeo con éxito. La inclusión de cada medida de control en la Lista de chequeo está basada en pruebas clínicas o en la opinión de los expertos de que dicha inclusión reduciría la probabilidad de daño quirúrgico grave evitable y probablemente no conlleve a lesiones ni costos irrazonables.

La Lista de Chequeo está dividida en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención quirúrgica: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Salida). En cada una de las fases, antes

de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el Coordinador de la lista confirme que el equipo ha llevado acabo sus tareas.

Todo acto quirúrgico necesita un equipo quirúrgico que se compone por todas las personas involucradas en el procedimiento quirúrgico, cada una de las cuales desempeña una función de la que depende la seguridad y el éxito de una operación: Cirujanos, anestesistas, personal de enfermería y demás personal del quirófano. La experiencia y la especialización del equipo quirúrgico, sobre todo en intervenciones de mediana y alta complejidad, ha demostrado ser un factor determinante en la disminución de resultados adversos. Cabe destacar como un factor contribuyente de complicaciones en los pacientes, la mala comunicación entre el equipo quirúrgico. Este es un problema común que ocurre y que puede poner en peligro la seguridad de los pacientes por aumento de la carga cognitiva, interrupción de la rutina de las actividades a realizar y aumento de la tensión en el quirófano.

Al revisar estudios de investigación podemos encontrar que Cuq Denisse y otros (2011) concluye que los profesionales conocen las listas de chequeo como instrumentos que sirven para corroborar información necesaria del paciente para algún tipo de procedimiento que se realiza, considerándolas importantes dentro sus labores diarias. Además reconocen que disminuyen en gran parte los errores médicos mejorando la calidad de atención y seguridad del paciente, lo que otorga a la institución de salud un reconocimiento por su confiabilidad. Así mismo Becerra Katherin (2012) concluye que la Lista de Chequeo es un instrumento indispensable que garantiza el éxito de la Cirugía Segura y por ende el principal fin es la seguridad del paciente, evita las complicaciones previsibles y promueve la seguridad de ambos; ya que avala el trabajo de los profesionales, asimismo reconocen que para la correcta aplicación y verificación de la lista de chequeo es necesario e indispensable la participación activa de todo el equipo quirúrgico, los cuales deben tener minuciosidad, compromiso y responsabilidad en su ejecución y que la lista de chequeo es un gran compromiso moral,

vocacional y legal, en el cual los pacientes tienen derechos y el equipo quirúrgico responsabilidades, esta, salvaguarda siempre la seguridad y bienestar del paciente, al identificar preventivamente los riesgos con una capacidad de respuesta oportuna. Por otro lado Nava y otros (2009) concluye que se reconoce la importancia del correcto llenado de la lista de verificación para una cirugía segura antes, durante y al finalizar una intervención quirúrgica porque la seguridad del paciente es un factor importante para el equipo de salud que se encuentra a cargo y una labor que se debe cuidar todos los días; en ella deben participar todos los involucrados en el proceso de atención médica para evitar situaciones que pongan en riesgo la seguridad del enfermo, siendo la comunicación necesaria para fortalecer el uso de la lista de verificación para cirugía segura y debe realizarse en todo procedimiento invasivo para beneficio de los enfermos.

Por lo tanto respecto a Percepción del Equipo Quirúrgico sobre la utilidad de la lista de verificación de Cirugía Segura en el servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Regional Docente de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro”, en su mayoría tienen una percepción medianamente favorable referido a que la aplicación y la utilización de la Lista de Verificación de Cirugía Segura mejora la comunicación entre el equipo quirúrgico, que existen muchas barreras para aplicar la Lista De Verificación De Cirugía Segura en cada intervención quirúrgica, lo favorable porque consideran que la lista de chequeo cumple un rol importante en la seguridad del paciente, existe mayor conciencia sobre los beneficios de la Lista de Verificación de Cirugía, y mientras que un porcentaje significativo lo considera desfavorable referido a que les desagrada aplicar y utilizar la Lista de Verificación de Cirugía Segura por que altera/perjudica el ritmo de trabajo en el quirófano dado al número de ítems que contiene, incomoda ver a los profesionales rellenar la Lista sin haber verificado en cada intervención quirúrgica, lo que repercute positivamente en el equipo quirúrgico a cumplir con la ejecución de la lista de chequeo en cada cirugía y con ello anticiparse y prevenir los eventos adversos durante el manejo peri operatorio eficazmente,

otorgando mayor seguridad en los procedimientos quirúrgicos que se llevan a cabo para mejorar la salud de los pacientes, y con ello fomentar la cultura de seguridad y la calidad de atención en el equipo quirúrgico lo que permitirá el cumplimiento de metas nacionales en salud creando un gran impacto en las organizaciones sanitarias.

La Lista de Verificación de Cirugía Segura es una herramienta útil para los profesionales interesados en mejorar la seguridad de los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica, su uso se ha asociado con reducciones en la mortalidad y en las complicaciones entre los pacientes. Además de ser una práctica que mejora la calidad y que puede ahorrar costos, su uso puede reducir el número de demandas por mala práctica; sin embargo hay que considerar que la implantación de la LVSC es una tarea ardua que requiere claridad de objetivos y empeño. Uno de los elementos clave para la implantación de una acción nueva es que los profesionales la consideren útil.

Cuando el personal encargado no explica el porqué de su uso o cómo se debe usar, el personal no entiende la razón de ser puesta en práctica lo que lleva a la frustración, el desinterés y el abandono.

El uso de listas de chequeo permite la supervisión de las técnicas y procedimientos realizados a lo largo de la atención, con ello previniendo errores médicos e incrementando la calidad de los cuidados que se brindan. Concentran la cantidad necesaria de información, precisa y concisa, lo que hace que no existan errores de aplicación y sea un método seguro y confiable (Oliva, 2009).

La utilización correcta y a consciencia de las listas de chequeo disponibles en nuestro sistema sanitario permitirá una trascendencia en los objetivos sanitarios planteados a corto y largo plazo asimilando una cultura de la seguridad a las organizaciones sanitarias que debieran impactar en la disminución de los errores médicos y eventos adversos prevenibles y presentes hoy en nuestro sistema de atención. (Cuq, 2011)

Pérez Rocio (2014) concluye que en relación a la UTILIDAD de la LVCS, 18 (44%) tuvieron una percepción favorable y 17 (41%) una percepción desfavorable, por lo cual podemos inferir que son porcentajes casi equitativos, lo que hace ver que existen 2 tendencias marcadas y que casi la mitad de la población (41%) no percibe como un instrumento útil a la LVCS. Esto pone en riesgo la implementación y adherencia de la LVCS, hecho que influye negativamente en la seguridad del paciente quirúrgico y en la cultura de seguridad del equipo quirúrgico. Por otro lado Rincón Rodrigo (2011) concluye que los profesionales otorgaron al LVQ una utilidad media de 6.6 (de una escala de 0 a 10), el 11.6 manifestó que gracias al LVQ se habían evitado errores, el 32% considero que es una herramienta que mejora la comunicación.

Se puede concluir en cuanto a la Percepción del equipo Quirúrgico sobre la utilidad de la lista de Verificación De Cirugía Segura según la dimensión Utilidad Por Ítems, en el servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Regional Docente de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro”, tienen una percepción medianamente favorable, referido a que se debe mejorar la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura modificando el contenido de los ítems, porque consideran que la Lista de Verificación de Cirugía Segura es una herramienta factible y eficiente para mejorar la seguridad del paciente en el área quirúrgica, lo favorable porque el equipo quirúrgico aplica y utiliza la Lista de Verificación de Cirugía Segura correctamente en cada intervención quirúrgica, consideran que es importante la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en cada intervención quirúrgica y un porcentaje significativo lo considera desfavorable al aumentar el contenido de los ítems para mejorar la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, lo que conllevaría a una falta de adherencia al uso de la lista, inadecuada practicas quirúrgicas trayendo complicaciones severas que pondrían en riesgo la salud de los pacientes y con ello una serie de repercusiones en la seguridad del paciente constituyéndose un gran problema social.

Dentro de los aspectos positivos de la utilidad de la lista de verificación (checklist) es que se ha demostrado su eficacia tanto para garantizar la correcta ejecución de determinadas actividades, como en la prevención de errores al sistematizar las acciones y constituir un recordatorio de las mismas, su implantación puede mejorar la seguridad del acto quirúrgico en los siguientes aspectos: identificación de pacientes, seguridad del acto anestésico, cirugía en lugar erróneo, información y consentimiento informado, profilaxis antibiótica, profilaxis antitrombótica, pérdida de piezas anatómicas, olvido de cuerpos extraños; además de garantizar la seguridad del paciente, se facilita y acredita la buena praxis por parte de los profesionales de la salud. Ahora bien, la prevención de eventos adversos en el área quirúrgica no sólo disminuye la morbilidad de los pacientes, sino que disminuye el riesgo jurídico de los profesionales. Los aspectos negativos para aplicar la lista de verificación (checklist) es la falta de compromiso claro de las Administraciones y Organizaciones Sanitarias y de los profesionales por la implantación de estrategias de Seguridad del Paciente.

Moreta (2015) concluye que el grado de conocimiento sobre la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura es menor de lo esperado, la falta del conocimiento de su importancia y la falta de unión en el equipo quirúrgico se han reconocido como errores que llevan al incumplimiento de la norma. Así mismo Arribalza (2012) concluye que la incidencia del error en cirugía necesita reducirse mediante un sistema normalizado de conductas facilitado por el listado de verificación, procedimiento rápido y sencillo que exige el compromiso del equipo quirúrgico actuante. Resultados similares con Talara (2011) concluye que después de la implementación de la lista de verificación, mejoro notablemente la atención al paciente quirúrgico, ya que incremento el conocimiento y concientización del personal en relación al paciente, procedimientos y riesgos esperados; además de mejorar la comunicación del equipo y prevenir fallas en la comunicación.

En cuanto a la Percepción Del Equipo Quirúrgico Sobre La Utilidad De La Lista De Verificación De Cirugía Segura Según la dimensión aspectos positivos y negativos para la utilidad de la lista, en el servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Regional Docente de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro”, tienen una percepción medianamente favorable referido a que consideran que es fácil rellenar la Lista sin previa verificación, existe compromiso respecto a la aplicación y utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por parte de todos los miembros involucrados en el procedimiento quirúrgico, lo favorable está dado porque consideran que debe haber capacitaciones sobre la aplicación y utilidad de la Lista de Verificación De Cirugía Segura, que la Lista de Verificación de Cirugía Segura ayudaría a definir errores y tratar que no sean cometidos nuevamente, y un porcentaje tiene una percepción desfavorable referido a que consideran que el principal inconveniente de la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía segura es la falta de conocimiento sobre su importancia, lo que conllevaría a una inadecuada praxis en el perioperatorio, por tanto se deben tomar todas las estrategias necesarias para garantizar la adherencia de la Lista de Verificación de Cirugía segura a la práctica diaria del quehacer quirúrgico encaminadas a mejorar la seguridad del paciente y que a su vez sirva como un instrumento útil para el cuidado del paciente, conllevando a mejorar la calidad de atención y la cultura de seguridad que brinda el equipo quirúrgico.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1.CONCLUSIONES**

La Percepción del Equipo Quirúrgico sobre la utilidad de la lista de verificación de Cirugía Segura en el servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Regional Docente de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro”, en su mayoría tienen una percepción medianamente favorable referido a que la aplicación y la utilización de la Lista de Verificación de Cirugía Segura mejora la comunicación entre el equipo quirúrgico, que existen muchas barreras para aplicar la Lista De Verificación De Cirugía Segura en cada intervención quirúrgica, lo favorable porque consideran que la lista de chequeo cumple un rol importante en la seguridad del paciente, existe mayor conciencia sobre los beneficios de la Lista de Verificación de Cirugía, y mientras que un porcentaje significativo lo considera desfavorable referido a que les desagrada aplicar y utilizar la Lista de Verificación de Cirugía Segura por que altera/perjudica el ritmo de trabajo en el quirófano dado al número de ítems que contiene, incomoda ver a los profesionales rellenar la Lista sin haber verificado en cada intervención quirúrgica,



En cuanto a la Percepción del equipo Quirúrgico sobre la utilidad de la lista de Verificación De Cirugía Segura según la dimensión Utilidad Por Ítems, tienen una percepción medianamente favorable, referido a que se debe mejorar la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura modificando el contenido de los ítems, porque consideran que la Lista de Verificación de Cirugía Segura es una herramienta factible y eficiente para mejorar la seguridad del paciente en el área quirúrgica, lo favorable porque el equipo quirúrgico aplica y utiliza la Lista de Verificación de Cirugía Segura correctamente en cada intervención quirúrgica, consideran que es importante la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en cada intervención quirúrgica y un porcentaje significativo lo considera desfavorable al aumentar el contenido de los ítems para mejorar la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

Respecto a la Percepción Del Equipo Quirúrgico Sobre La Utilidad De La Lista De Verificación De Cirugía Segura Según la dimensión aspectos positivos y negativos por ítems tienen una percepción medianamente favorable referido a que consideran que es fácil rellenar la Lista sin previa verificación, existe compromiso respecto a la aplicación y utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por parte de todos los miembros involucrados en el procedimiento quirúrgico, lo favorable está dados porque consideran que debe de haber capacitaciones sobre la aplicación y utilidad de la Lista de Verificación De Cirugía Segura, que la Lista de Verificación de Cirugía Segura ayudaría a definir errores y tratar que no sean cometidos nuevamente, y un porcentaje tiene una percepción desfavorable referido a que consideran que el principal inconveniente de la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía segura es la falta de conocimiento sobre su importancia.

## **5.2.LIMITACIONES**

La limitación derivada del estudio está dada porque las conclusiones y los resultados sólo son válidos y generalizables para la población de estudio.

### **5.3.RECOMENDACIONES**

Las recomendaciones derivadas del estudio está dado por:

1. Realizar investigaciones de tipo cualitativo, con el propósito de tener conocimiento más amplio de la variable de estudio.
2. Que la Jefatura del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Regional Docente de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro” promueva capacitación permanente y constante al equipo quirúrgico sobre seguridad del paciente abordando la aplicación y utilidad de la Lista de Verificación De Cirugía Segura en busca de la mejoría de la calidad de atención y seguridad del equipo quirurgico.
3. Que las instituciones formadoras de profesionales de salud promuevan el desarrollo de investigaciones en relación al aspecto humano.
4. Realizar estudios comparativos referentes al tema de estudio del MINSA y FFAA en el área de sala de operaciones.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

- (1) OMS (2008) Segundo reto mundial por la seguridad del paciente: la cirugía segura salva vidas. Alianza Mundial para la seguridad del paciente, Recuperado el 25-10-2014.Desde: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_PSP\\_2008.07\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf)
- (2) OMS (2009) Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía. Recuperado el 25-10-2014.Desde: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243598598\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243598598_spa.pdf)
- (3) JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION ON HEALTHCARE ORGANIZATIONS. (2001) A follow-up review of wrong site surgery. Sentinel Event Alert. 24: 1-3.
- (4) IBEAS (2010) Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010. Recuperado el 14 agosto 2012]. Desde: [http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf).
- (5) Moreta , D. (2015) Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo en marzo del año 2015 mediante una encuesta directa. Recuperado el 30 de Julio de 2015 desde <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4753/1/T-UCE-0006-131.pdf>
- (6) Cuq, D (2011) Percepción De Los Profesionales De Salud Del Uso De Listas De Chequeo Para La Seguridad De La Atención Del Paciente. Recuperado el 30 de Julio de 2015 desde <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2011/fmc974p/doc/fmc974p.pdf>
- (7) Soria, V. y Da Silva, Z.(2011) Dificultades En La Implantación Del Check List En Los Quirofanos De Cirugia. Recuperado el 30 de Julio de 2015 desde <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-dificultades-implantacion-del-check-listS0009739X11004349?redirectNew=true>
- (8) Rodrigo, M.I. y Tirapu-León, B. Y Otros.(2011) Percepción De Los Profesionales Sobre La Utilización Y La Utilidad Del Listado De Verificación Quirúrgica. Recuperado el 30 de Julio de 2015 desde

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256articulo-percepcion-los-profesionales-sobre-utilizacion-S1134282X11000625>

- (9) Nava, M. y Espinoza, M. (2011) Cirugía Segura en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Recuperado el 16 de mayo de 2015 desde <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene112i.pdf>
- (10) Talara R. (2011). Estudio piloto de implementación de la “LVCS”, Mejoramiento en actividades y comunicación; Recuperado el 14 de febrero de 2016 desde <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene112i.pdf>
- (11) Arribalza, A. (2012). Implementación del listado de cirugía segura. Recuperado el 16 de mayo de 2015 desde [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2012/GUIA\\_TECNICA\\_FINAL\\_15junio2011.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2012/GUIA_TECNICA_FINAL_15junio2011.pdf)
- (12) Perez R. (2014) Percepción del equipo quirúrgico de la aplicación y utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Cardiovascular Segura en el Centro Quirúrgico del Instituto Cardiovascular EsSalud, Recuperado el 16 de mayo de 2015 desde [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/5021/1/Perez\\_Quispe\\_Rocio\\_Marcelly\\_2015.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/5021/1/Perez_Quispe_Rocio_Marcelly_2015.pdf)
- (13) Becerra, K. (2014) Experiencias De Las Enfermeras Quirúrgicas Respecto A La Aplicación De La Lista De Chequeo - Cirugía Segura. Recuperado el 16 de mayo de 2015 desde <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/424>
- (14) Oré, M. (2009) Seguridad en el cuidado del paciente quirúrgico en el año 2009. Recuperado el 16 de mayo de 2015 desde <http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/643>
- (15) Serpa, L. (2011) Nivel de conocimientos sobre seguridad del paciente y su relación con el grado de cumplimiento de la lista de chequeo en cirugía segura en el personal del Centro Quirúrgico del Hospital Uldarico Rocca Fernández en el año 2011. Recuperado el 16 de mayo de 2015 desde <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-707795>
- (16) (17) MINSA(2009) Manual de instrucciones para el uso de la lista de chequeo de cirugía segura. Recuperado el 16 de mayo de 2015 desde [http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2009/dia\\_mundial\\_salud/archivos/otros/Manual\\_Uso\\_Lista\\_Chequeo\\_CirugiaSegura.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2009/dia_mundial_salud/archivos/otros/Manual_Uso_Lista_Chequeo_CirugiaSegura.pdf)

(18) OMS(2009) Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Recuperado el 16 de mayo de 2015 desde [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)

## BIBLIOGRAFIA

- Arribalza, A. (2012). Implementación del listado de cirugía segura. Recuperado el 16 de mayo de 2015 desde [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2012/GUIA\\_TECNICA\\_FINAL\\_15junio2011.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2012/GUIA_TECNICA_FINAL_15junio2011.pdf)
- Bartolomé A, y otros (2005) Seguridad del paciente y sistemas de comunicación de incidentes. Rev Calidad Asistencial.; pág. 228-34.
- Becerra, K. (2014) Experiencias De Las Enfermeras Quirúrgicas Respecto A La Aplicación De La Lista De Chequeo - Cirugía Segura. Recuperado el 16 de mayo de 2015 desde <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/424>
- Burns, N. y Grove, S. (2012) Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica de enfermería basada en la evidencia. 5ta edición
- Cuq, D (2011) Percepción De Los Profesionales De Salud Del Uso De Listas De Chequeo Para La Seguridad De La Atención Del Paciente. Recuperado el 30 de Julio de 2015 desde <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2011/fmc974p/doc/fmc974p.pdf>
- Gómez, B. (2005) Seguridad del Paciente y Sistemas de Comunicación de incidentes. Rev. Calidad Asistencial
- Hernández, R. (2006) Metodología de la Investigación. McGraw-Hill. México. 2006. 4ª Edición. ISBN: 970-10-5753-8
- IBEAS (2010) Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010. Recuperado el 14 agosto 2012]. Desde: [http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf).
- Kossier.(1999) Fundamentos de Enfermería, Conceptos, Procesos y Práctica. 5ta. edición. Editorial Interamericano.
- MINSA(2009) Manual de instrucciones para el uso de la lista de chequeo de cirugía segura. Recuperado el 16 de mayo de 2015 desde [http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2009/dia\\_mundial\\_salud/archivos/otros/Manual\\_Uso\\_Lista\\_Chequeo\\_CirugiaSegura.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2009/dia_mundial_salud/archivos/otros/Manual_Uso_Lista_Chequeo_CirugiaSegura.pdf)
- Moreta , D. (2015) Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo en marzo del año 2015 mediante una encuesta directa. Recuperado el 30 de Julio de 2015 desde <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4753/1/T-UCE-0006-131.pdf>

- Nava, M. y Espinoza, M. (2011) Cirugía Segura en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Recuperado el 16 de mayo de 2015 desde <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene112i.pdf>
- OMS (2008) Segundo reto mundial por la seguridad del paciente: la cirugía segura salva vidas. Alianza Mundial para la seguridad del paciente, Recuperado el 25-10-2014.Desde: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_PSP\\_2008.07\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf)
- OMS(2009) Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Recuperado el 16 de mayo de 2015 desde [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)
- OMS (2009) Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía. Recuperado el 25-10-2014.Desde: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243598598\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243598598_spa.pdf)
- Oré, M. (2009) Seguridad en el cuidado del paciente quirúrgico en el año 2009. Recuperado el 16 de mayo de 2015 desde <http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/643>
- Perez R. (2014) Percepción del equipo quirúrgico de la aplicación y utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Cardiovascular Segura en el Centro Quirúrgico del Instituto Cardiovascular EsSalud, Recuperado el 16 de mayo de 2015 desde [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/5021/1/Perez\\_Quispe\\_Rocio\\_Marcelo\\_2015.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/5021/1/Perez_Quispe_Rocio_Marcelo_2015.pdf)
- Rodrigo, M.I. y Tirapu-León, B. Y Otros.(2011) Percepción De Los Profesionales Sobre La Utilización Y La Utilidad Del Listado De Verificación Quirúrgica. Recuperado el 30 de Julio de 2015 desde <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256articulo-percepcion-los-profesionales-sobre-utilizacion-S1134282X11000625>
- Serpa, L. (2011) Nivel de conocimientos sobre seguridad del paciente y su relación con el grado de cumplimiento de la lista de chequeo en cirugía segura en el personal del Centro Quirúrgico del Hospital Uldarico Rocca Fernández en el año 2011. Recuperado el 16 de mayo de 2015 desde <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-707795>

- Soria, V. y Da Silva, Z.(2011) Dificultades En La Implantación Del Check List En Los Quirofanos De Cirugia. Recuperado el 30 de Julio de 2015 desde <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-dificultades-implantacion-del-check-listS0009739X11004349?redirectNew=true>
- Talara R. (2011). Estudio piloto de implementación de la “LVCS”, Mejoramiento en actividades y comunicación; Recuperado el 14 de febrero de 2016 desde <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene112i.pdf>



# ANEXOS

## INDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO</b>		<b>PÁG.</b>
A.	Operacionalización de la variable	81
B.	Instrumento	83
C.	Consentimiento informado	86
D.	Determinación de la muestra	87
E.	Prueba binomial	88
F.	Tabla de códigos	89
G.	Tabla matriz de datos	91
H.	Validez del instrumento	91
I.	Confiabilidad del instrumento	93
J.	Medición de la variable	94
K.	Datos generales del equipo quirúrgico del hospital regional docente de medicina tropical “Julio César Demarini Caro”. La Merced – Perú 2015	96
L.	Percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad de la lista de verificación de cirugía segura del hospital regional docente de medicina tropical “Julio César Demarini Caro”. La Merced – Perú 2015	96
M.	Percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad de la lista de verificación de cirugía segura según la dimensión utilidad en el hospital regional docente de medicina tropical “Julio César Demarini Caro”. La Merced – Perú 2015	97
N.	Percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad de la lista de verificación de cirugía segura según la dimensión aspectos positivos y negativos para el uso de la lista en el hospital regional docente de medicina tropical “Julio César Demarini Caro”. La Merced – Perú 2015	97
O.	Percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad de la lista de verificación de cirugía segura según la dimensión utilidad por items en el hospital regional docente de medicina tropical “Julio César Demarini Caro”. La Merced – Perú 2015	98

<b>ANEXO</b>		<b>PÁG.</b>
P.	Percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad de la lista de verificación de cirugía segura según la dimensión aspectos positivos y negativos por ítems para el uso de la lista en el hospital regional docente de medicina tropical “Julio César Demarini Caro”. La Merced – Perú 2015	98
Q.	Percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad de la lista de verificación de cirugía segura según la dimensión utilidad por ítems en el hospital regional docente de medicina tropical “Julio César Demarini Caro”. La Merced – Perú 2015	99
R.	Percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad de la lista de verificación de cirugía segura según la dimensión aspectos positivos y negativos por ítems para el uso de la lista en el hospital regional docente de medicina tropical “Julio César Demarini Caro”. La Merced – Perú 2015	102

## ANEXO A

### OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
PERCEPCIÓN DEL EQUIPO QUIRÚRGICO SOBRE LA UTILIDAD DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA	Percepción es el proceso cognoscitivo a través del cual el equipo quirúrgico es capaz de comprender y usar la Lista de Verificación de Cirugía Segura definida como el instrumento que constan de una serie de aspectos a cotejar, los cuales están organizados de una manera coherente, por ello permiten evaluar la presencia o ausencia	Es la respuesta expresada por el equipo quirúrgico sobre la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, que será dimensionado en la utilidad de las lista de chequeo y los aspectos positivos y negativos para el uso de la lista que será medido a través de una escala de Likert cuyo valor final será: Favorable, medianamente	Utilidad de la Lista de chequeo.      Aspectos positivos y negativos para el uso de la lista.	Lista de chequeo  Optimización del tiempo.  Seguridad del paciente.    Barreras para la implementación lista.  Atención diaria	Favorable      Medianamente Favorable      Desfavorable

	de elementos necesarios para un determinado proceso quirúrgico y garantizar la seguridad del paciente.	favorable y desfavorable			
--	---	-----------------------------	--	--	--

## ANEXO B

### INSTRUMENTO

#### I. Presentación

Buenos días mi nombre es Rosario Del Pilar Franco Puente, estudiante de la Segunda Especialidad de enfermería en Centro Quirúrgico de la U.N.M.S.M, en coordinación con la Unidad de Capacitación e Investigación, me encuentro realizando un estudio de investigación, con el fin de obtener información acerca de la Percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad de la Lista de verificación de cirugía segura. Para la cual se solicita su colaboración expresando que es de carácter anónimo. Agradezco su gentil colaboración y disposición, solicitándole la mayor sinceridad en sus respuestas.

#### II.- Datos Generales

Edad:

Sexo: 1 Masculino ( )

2. Femenino ( )

Especialidad: Cirujano ( ) Anestesiólogo: ( ) Enfermera ( )

Tiempo de experiencia: \_\_\_\_\_

#### III.- Instrucciones

A continuación se le presentará una serie de enunciados, para la cual le pido que conteste a cada uno de ellos, según sea conveniente, marcando con un aspa (X) cada pregunta, responder solo una vez por enunciado.

N°	ENUNCIADO	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1	Me disgusta cumplir con la Lista de Verificación de Cirugía Segura			
2	Considero que el equipo quirúrgico deben de colaborar en el rellenado de la Lista de Verificación de Cirugía Segura			
3	Considero que es importante la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en cada intervención quirúrgica			
4	Considero que el objetivo principal de la Lista de Verificación de Cirugía Segura es la prevención de errores humanos y técnicos.			
5	Me desagrada que existan muchos Ítems para aplicar la Lista de Verificación de Cirugía Segura en cada intervención quirúrgica.			

6	Considero que para mejorar la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura se debería modificar el contenido de los ítems			
7	Pienso que para mejorar la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura se debería aumentar el contenido de los ítems			
8	Pienso que para mejorar la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura se debería disminuir el contenido de los ítems			
9	Considero Que para mejorar la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura se debería unificar algunos ítems			
10	Me desagrada aplicar y utilizar la Lista de Verificación de Cirugía Segura por que altera/perjudica el ritmo de trabajo en el quirófano dado al número de ítems que contiene.			
11	Pienso que para mejorar la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura se debería suspender la intervención quirúrgica si los ítems no están debidamente rellenos			
12	Siento que he conseguido prevenir errores utilizando la Lista de Verificación de Cirugía Segura			
13	Considero que la aplicación y la utilización de la Lista de Verificación de Cirugía Segura mejora la comunicación entre el equipo quirúrgico			
14	Considero que la lista de chequeo cumple un rol importante en la seguridad del paciente			
15	Considero que el equipo quirúrgico aplica y utiliza la Lista de Verificación de Cirugía Segura correctamente.			
16	Considero que la Lista de Verificación de Cirugía Segura una herramienta factible y eficiente para mejorar la seguridad del paciente en el área quirúrgica			
17	Considero que debe de haber capacitaciones sobre la aplicación y utilidad de la Lista de Verificación De Cirugía Segura.			
18	Me incomoda ver a los profesionales rellenar la Lista sin haber verificado previamente			
19	Considero que existen muchas barreras para aplicar la Lista De Verificación De Cirugía Segura en cada intervención quirúrgica			
20	Pienso que existiría mayor conciencia sobre los beneficios de la Lista de Verificación de Cirugía			
21	Considero que el principal inconveniente de la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía segura no es la falta de conocimiento sobre su importancia			
22	Considero que el principal inconveniente de la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía segura es la falta de conocimiento sobre su importancia			
23	Considero que el principal inconveniente de la utilidad de la Lista de Verificación De Cirugía segura es la falta de unidad en el equipo quirúrgico			
24	Considero que para mejorar la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura se debería motivar al equipo quirúrgico			
25	Considero que existe compromiso respecto a la aplicación y utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por parte de todos los miembros involucrados en el procedimiento quirúrgico.			
26	Me agrada rellenar La Lista de Verificación De Cirugía Segura a tiempo real, conforme hago la verificación			

27	Me molesta rellenar la Lista de Verificación De Cirugía Segura posteriormente pero verifico previamente.			
28	Me es fácil rellenar la Lista de Verificación de Cirugía Segura sin previa verificación			
29	Considero que en nuestro medio la Lista de Verificación de Cirugía Segura ayudaría a determinar un culpable de una complicación específica			
30	Considero que en nuestro medio la Lista de Verificación de Cirugía Segura ayudaría a definir errores y tratar que no sean cometidos nuevamente			



## **ANEXO C**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: **“PERCEPCIÓN DEL EQUIPO QUIRÚRGICO SOBRE LA UTILIDAD DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL “JULIO CÉSAR DEMARINI CARO”. LA MERCED – PERÚ. 2015**

“Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos; y teniendo la confianza plena de que la información que en el instrumento vierta será sólo y exclusivamente para fines de la investigación en mención; además, confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información, asegurándome la máxima confidencialidad”

### **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD**

El investigador del proyecto para el cual Ud. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con Ud. a guardar la máxima confidencialidad de la información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados sólo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

Atte:

Lic. Rosario Del Pilar Franco Puente.  
Investigadora

## ANEXO D

### DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

#### Muestreo probabilístico de proporciones para población finita

$$n = \frac{z^2 \times N \times pq}{N-1 (d^2) + z^2 (pq)}$$

Donde:

n: Tamaño de muestra.

Z: Nivel de confianza.( 95% = 1,96)

N: Población

p: Proporción de casos de la población que tienen las características que se desean estudiar.(0.2)

q: 1 – p (0.8) Proporción de individuos de la población que no tienen las características de interés y por tanto representa la probabilidad de obtener al azar un individuo sin esas característica.

d²: Margen de error permisible establecido por el investigador.

Reemplazando:

$$n = \frac{(1,96)^2 (54) (0,5) (0,5)}{53 (0,05)^2 + (1,96)^2 (0,5) (0,5)} = \frac{51.8616}{1.494} = 24.79 = 25$$

$$n = 25 \text{ Profesionales}$$

## ANEXO E

### TABLA DE CONCORDANCIA – PRUEBA BINOMIAL

#### JUICIO DE EXPERTOS

ÍTEMS	JUECES EXPERTOS								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
<b>1</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	<b>0.004</b>
<b>2</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	<b>0.004</b>
<b>3</b>	1	1	0	1	1	1	1	1	<b>0.035</b>
<b>4</b>	1	1	1	1	1	1	1	0	<b>0.035</b>
<b>5</b>	0	1	1	0	1	1	1	1	<b>0.145</b>
<b>6</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	<b>0.004</b>
<b>7</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	<b>0.004</b>

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 0 (NO)

Si  $p < 0.05$  la concordancia es SIGNIFICATIVA

## ANEXO F

### TABLA DE CODIGOS

Nº	PREGUNTA - VARIABLE	COLUMNA	CATEGORÍA	CÓDIGO
1	Ítems 1	1	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1
2	Ítems 2	2	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1
3	Ítems 3	3	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1
4	Ítems 4	4	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1
5	Ítems 5	5	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1
6	Ítems 6	6	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1
7	Ítems 7	7	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1
8	Ítems 8	8	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1
9	Ítems 9	9	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1
10	Ítems 10	10	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1
11	Ítems 11	11	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1
12	Ítems 12	12	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1
13	Ítems 13	13	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1
14	Ítems 14	14	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1
15	Ítems 15	15	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1
16	Ítems 16	16	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1
17	Ítems 17	17	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1
18	Ítems 18	18	FAVORABLE	3

			MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	2 1
19	Ítems 19	19	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1
20	Ítems 20	20	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1
21	Ítems 21	21	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1
22	Ítems 22	22	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1
23	Ítems 23	23	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1
24	Ítems 24	24	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1
25	Ítems 25	25	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1
26	Ítems 26	26	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1
27	Ítems 27	27	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1
28	Ítems 28	28	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1
29	Ítems 29	29	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1
30	Ítems 30	30	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE	3 2 1

**ANEXO G**  
**TABLA MATRIZ DE DATOS**

N°	UTILIDAD DE LA LISTA DE CHEQUEO																ASPECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS DE LA LISTA DE CHEQUEO														TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
1	2	3	3	3	2	3	1	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	3	1	2	3	2	3	3	76
2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	1	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	2	2	1	1	3	3	3	2	2	2	71
3	2	2	2	3	3	3	1	2	3	3	1	2	1	2	3	2	3	2	3	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	3	68
4	3	3	3	2	2	2	1	3	2	3	2	2	2	3	3	2	3	2	3	2	2	1	2	3	2	3	2	2	2	3	70
5	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	2	2	3	3	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2	3	2	3	2	2	74
6	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	73
7	1	3	2	3	3	2	1	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	2	3	3	2	3	2	77
8	1	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	81
9	2	2	3	2	3	2	1	2	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	1	3	3	1	3	2	1	3	3	72
10	2	3	3	3	2	3	1	3	3	1	2	3	2	3	3	3	3	2	1	2	3	2	3	3	1	2	1	2	3	2	70
11	2	3	3	3	3	2	2	2	3	1	2	3	3	3	3	3	2	1	1	3	2	2	2	2	1	3	3	1	3	3	70
12	2	2	3	3	2	1	1	2	2	1	3	3	2	3	3	2	2	1	2	3	2	3	3	3	1	3	3	2	3	3	69
13	1	2	3	2	3	3	1	2	2	1	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	1	2	3	2	2	3	2	2	3	69
14	1	2	3	2	2	1	1	2	2	1	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	2	2	1	3	2	2	3	3	67
15	1	3	3	3	3	3	1	3	1	2	3	3	2	3	3	2	3	3	1	2	2	1	2	3	2	2	2	1	3	3	69
16	1	3	3	3	2	2	1	3	2	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	2	1	3	3	1	3	2	1	2	3	71
17	2	2	3	3	1	1	2	2	1	1	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	1	3	2	2	2	1	1	2	3	65
18	2	3	3	3	2	2	2	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	3	2	3	2	2	1	2	2	2	3	71
19	2	2	3	3	2	3	2	3	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	1	3	3	2	2	1	2	3	3	73
20	2	3	3	3	3	3	1	3	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	1	3	2	2	2	3	1	3	1	1	3	3	71
21	2	3	3	3	3	1	1	2	3	1	3	3	1	3	3	3	3	1	3	3	2	1	2	2	1	3	2	1	3	3	68
22	2	2	3	2	1	2	1	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	2	2	2	2	2	3	2	1	3	3	69
23	1	3	3	3	3	2	1	2	1	1	3	3	2	3	3	2	3	1	1	3	1	1	3	3	2	2	2	2	3	1	64
24	1	3	3	3	2	2	1	2	2	1	3	3	2	3	3	2	3	2	2	2	1	1	3	3	2	2	3	2	3	3	68
25	1	2	1	1	1	2	1	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	3	3	43

## ANEXO H

### VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Se aplica la fórmula “R de Pearson” en cada uno de los ítems del instrumento según estructura.

$$R = \frac{N \sum (x_i y_i) - (\sum x_i)(\sum y_i)}{[N (\sum x_i^2) - (\sum x_i)^2]^{1/2} [N (\sum y_i^2) - (\sum y_i)^2]^{1/2}}$$

ÍTEMS	PEARSON	ÍTEMS	PEARSON
1	0.22	16	0.54
2	0.37	17	0.59
3	0.63	18	0.48
4	0.62	19	0.22
5	0.46	20	0.56
6	0.27	21	0.34
7	0.15	22	0.23
8	0.45	23	0.46
9	0.11	24	0.51
10	0.28	25	-0.1
11	0.49	26	0.52
12	0.52	27	0.22
13	0.42	28	0.37
14	0.68	29	-0.20
15	0.74	30	-0.10

Si  $r > 0.20$ , el instrumento es válido en cada uno de los ítems, excepto en los ítems Nº 9, 25, 29 y 30 los cuales no alcanzan el valor deseado, sin embargo por su importancia en el estudio se conservan.

## ANEXO I

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento Escala Likert se procedió a utilizar la formula **Alfa – Crombach**:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left( 1 - \frac{Si^2}{St^2} \right)$$

**Donde:**

$$K = 26$$

$$K - 1 = 25$$

$$Si^2 = 9.67$$

$$St^2 = 42.3$$

Reemplazando en la expresión (1):

**Se obtiene Alfa de Crombach = 0.80**

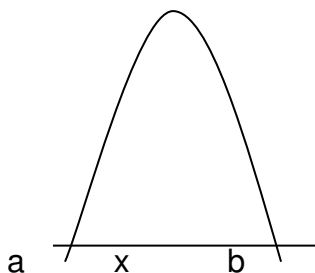
Por lo tanto el instrumento es confiable



## ANEXO J

### MEDICION DE LA VARIABLE

1.- Categorización sobre la Percepción Del Equipo Quirúrgico Sobre La Utilidad De La Lista De Verificación De Cirugía Segura Del Hospital Regional Docente De Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro”.



Desviación Estándar:  $S = \sqrt{s_t^2} = 6.51$

Promedio:  $\bar{X} = \frac{\sum x}{n} = 69.6$

$$a = 69.6 - 0.75 (6.51) = 65$$

$$b = 69.6 + 0.75 (6.51) = 74$$

Desfavorable < 64

Medianamente favorable 65 A 74

Favorable > 75

2.- Categorización sobre La Percepción Del Equipo Quirúrgico Sobre La Utilidad De La Lista De Verificación De Cirugía Segura según dimensión Utilidad De La Lista De Chequeo.

Desviación Estándar:  $S = \sqrt{s_t^2} = 4.16$

Promedio:  $\bar{X} = \frac{\sum x}{N} = 38$

$$a = 38 - 0.75 (4.16) = 35$$

$$b = 38 + 0.75 (4.16) = 41$$

Desfavorable < 34

Medianamente favorable	35 A 41
Favorable	> 42

3.- Categorización sobre La Percepción Del Equipo Quirúrgico Sobre La Utilidad De La Lista De Verificación De Cirugía Segura según dimensión Aspectos Positivos Y Negativos De La Lista De Chequeo.

Desviación Estándar:  $S = \sqrt{s^2_t} = 3.04$

Promedio: 
$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n} = 32$$

$a = 32 - 0.75 (3.04) = 29$

$b = 32 + 0.75 (3.04) = 34$

Desfavorable	< 28
--------------	------

Medianamente favorable	29 A 34
------------------------	---------

Favorable	> 35
-----------	------

**ANEXO K**  
**DATOS GENERALES DEL EQUIPO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL**  
**REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL “JULIO**  
**CÉSAR DEMARINI CARO”.**  
**LA MERCED – PERU**  
**2015**

DATOS GENERALES	N	%
<b>EDAD</b>		
25 a 30 años	05	20%
31 a 35 años	05	20%
36 a 40 años	09	36%
Más de 41 años	06	24%
<b>TOTAL</b>	25	100%
<b>SEXO</b>		
Masculino	13	52%
Femenino	12	48%
<b>TOTAL</b>	25	100%
<b>TIEMPO DE SERVICIO</b>		
1-5	04	16%
6-10	08	32%
11-15	09	36%
Más de 16	04	16%
<b>TOTAL</b>	25	100%
<b>GRUPO PROFESIONAL</b>		
ANESTESIOLOGO	05	20%
ENFERMERA	08	32%
CIRUJANO	12	48%
<b>TOTAL</b>	25	100%

FUENTE: Instrumento aplicado al equipo quirúrgico del Hospital Julio Demarini Caro, La Merced- 2015

**ANEXO L**  
**PERCEPCION DEL EQUIPO QUIRÚRGICO SOBRE LA UTILIDAD DE LA**  
**LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA DEL HOSPITAL**  
**REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA**  
**TROPICAL “JULIO CÉSAR DEMARINI CARO”.**  
**LA MERCED – PERU**  
**2015**

PERCEPCION	N°	%
FAVORABLE	03	12
MEDIANAMENTE FAVORABLE	20	80
DESFAVORABLE	02	08
<b>TOTAL</b>	25	100%

FUENTE: Instrumento aplicado al equipo quirúrgico del Hospital Julio Demarini Caro, La Merced- 2015

**ANEXO M**  
**PERCEPCION DEL EQUIPO QUIRÚRGICO SOBRE LA UTILIDAD DE LA**  
**LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA SEGÚN**  
**LA DIMENSION UTILIDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL**  
**DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL “JULIO**  
**CÉSAR DEMARINI CARO”.**  
**LA MERCED – PERU**  
**2015**

<b>PERCEPCION</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
FAVORABLE	02	08
MEDIANAMENTE FAVORABLE	22	88
DESFAVORABLE	01	04
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

*FUENTE: Instrumento aplicado al equipo quirúrgico del Hospital Julio Demarini Caro, La Merced- 2015*

**ANEXO N**  
**PERCEPCION DEL EQUIPO QUIRÚRGICO SOBRE LA UTILIDAD DE LA**  
**LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA SEGÚN**  
**LA DIMENSION ASPECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS PARA**  
**EL USO DE LA LISTA EN EL HOSPITAL REGIONAL**  
**DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL “JULIO**  
**CÉSAR DEMARINI CARO”.**  
**LA MERCED – PERU**  
**2015**

<b>PERCEPCION</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
FAVORABLE	03	12
MEDIANAMENTE FAVORABLE	20	80
DESFAVORABLE	02	08
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

*FUENTE: Instrumento aplicado al equipo quirúrgico del Hospital Julio Demarini Caro, La Merced- 2015*

**ANEXO O**  
**PERCEPCION DEL EQUIPO QUIRÚRGICO SOBRE LA UTILIDAD DE LA**  
**LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA SEGÚN LA**  
**DIMENSION UTILIDAD POR ITEMS EN EL HOSPITAL**  
**REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL**  
**“JULIO CÉSAR DEMARINI CARO”.**  
**LA MERCED – PERU**  
**2015**

INDICADOR	DESFAVORABLE		MEDIANAMENTE FAVORABLE		FAVORABLE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
LISTA DE CHEQUEO	03	12	21	84	01	04	25	100%
OPTIMIZACION DEL TIEMPO	06	24	13	52	06	24	25	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE	02	08	21	84	02	08	25	100%

*FUENTE: Instrumento aplicado al equipo quirúrgico del Hospital Julio Demarini Caro, La Merced- 2015*

**ANEXO P**  
**PERCEPCION DEL EQUIPO QUIRÚRGICO SOBRE LA UTILIDAD DE LA**  
**LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA SEGÚN**  
**LA DIMENSION ASPECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS POR**  
**ITEMS PARA EL USO DE LA LISTA EN EL HOSPITAL**  
**REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL**  
**“JULIO CÉSAR DEMARINI CARO”.**  
**LA MERCED – PERU**  
**2015**

INDICADOR	DESFAVORABLE		MEDIANAMENTE FAVORABLE		FAVORABLE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACION	03	12	18	72	04	16	25	100%
ATENCION DIARIA	04	16	17	68	04	16	25	100%

*FUENTE: Instrumento aplicado al equipo quirúrgico del Hospital Julio Demarini Caro, La Merced- 2015*

**ANEXO Q**  
**PERCEPCION DEL EQUIPO QUIRÚRGICO SOBRE LA UTILIDAD DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE**  
**CIRUGÍA SEGURA SEGÚN LA DIMENSION UTILIDAD POR ITEMS EN EL**  
**HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL**  
**“JULIO CÉSAR DEMARINI CARO”.**  
**LA MERCED – PERU**  
**2015**

ITEMS	DESFAVORABLE		MEDIANAMENTE FAVORABLE		FAVORABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1. Me disgusta cumplir con la Lista de Verificación de Cirugía Segura	9	36%	13	52%	3	12%	25	100%
2. Considero que el equipo quirúrgico deben de colaborar en el relleno de la Lista de Verificación de Cirugía Segura	0	0%	10	40%	15	60%	25	100%
3. Considero que es importante la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en cada intervención quirúrgica	1	4%	2	8%	22	88%	25	100%
4. Considero que el objetivo principal de la Lista de Verificación de Cirugía Segura es la prevención de errores humanos y técnicos.	1	4%	5	20%	19	76%	25	100%
5. Me desagrada que existan muchos Ítems para aplicar la Lista de Verificación de Cirugía Segura en cada intervención quirúrgica.	3	12%	10	40%	12	48%	25	100%
6. Considero que para mejorar la utilidad de la Lista de	4	16%	13	52%	8	32%	25	100%

Verificación de Cirugía Segura se debería modificar el contenido de los ítems								
7. Pienso que para mejorar la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura se debería aumentar el contenido de los ítems	18	72%	6	24%	1	4%	25	100%
8. Pienso que para mejorar la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura se debería disminuir el contenido de los ítems	0	0%	13	52%	12	48%	25	100%
9. Considero Que para mejorar la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura se debería unificar algunos ítems	4	16%	9	36%	12	48%	25	100%
10. Me desagrada aplicar y utilizar la Lista de Verificación de Cirugía Segura por que altera/perjudica el ritmo de trabajo en el quirófano dado al número de ítems que contiene.	12	48%	7	28%	6	24%	25	100%
11. Pienso que para mejorar la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura se debería suspender la intervención quirúrgica si los ítems no están debidamente rellenos	2	8%	8	32%	15	60%	25	100%
12. Siento que he conseguido prevenir errores utilizando la Lista de Verificación de Cirugía Segura	1	4%	5	20%	19	76%	25	100%
13. Considero que la aplicación y la utilización de la Lista de Verificación de Cirugía Segura mejora la comunicación entre el equipo quirúrgico	4	16%	13	52%	8	32%	25	100%
14. Considero que la lista de chequeo cumple un rol importante en la seguridad del paciente	1	4%	2	8%	22	88%	25	100%

15. Considero que el equipo quirúrgico aplica y utiliza la Lista de Verificación de Cirugía Segura correctamente.	1	4%	1	4%	23	92%	25	100%
16. Considero que la Lista de Verificación de Cirugía Segura una herramienta factible y eficiente para mejorar la seguridad del paciente en el área quirúrgica	1	4%	13	52%	11	44%	25	100%

FUENTE: Instrumento aplicado al equipo quirúrgico del Hospital Julio Demarini Caro, La Merced- 201



## ANEXO R

### PERCEPCION DEL EQUIPO QUIRÚRGICO SOBRE LA UTILIDAD DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA SEGÚN LA DIMENSION ASPECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS POR ITEMS PARA EL USO DE LA LISTA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL “JULIO CÉSAR DEMARINI CARO”. LA MERCED – PERU 2015

ITEMS	DESFAVORABLE		MEDIANAMENTE FAVORABLE		FAVORABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
17. Considero que debe de haber capacitaciones sobre la aplicación y utilidad de la Lista de Verificación De Cirugía Segura.	1	4%	5	20%	19	76%	25	100%
18. Me incomoda ver a los profesionales rellenar la Lista sin haber verificado previamente	6	24%	8	32%	11	44%	25	100%
19. Considero que existen muchas barreras para aplicar la Lista De Verificación De Cirugía Segura en cada intervención quirúrgica	7	28%	13	52%	5	20%	25	100%
20. Pienso que existiría mayor conciencia sobre los beneficios de la Lista de Verificación de Cirugía	1	4%	7	28%	17	68%	25	100%
21. Considero que el principal inconveniente de la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugia segura no es la falta de conocimiento sobre su importancia	2	8%	13	52%	10	40%	25	100%
22. Considero que el principal inconveniente de la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugia segura es la falta de conocimiento sobre su importancia.	12	48%	11	44%	2	8%	25	100%

23. Considero que el principal inconveniente de la utilidad de la Lista de Verificación De Cirugía segura es la falta de unidad en el equipo quirúrgico.	2	8%	11	44%	12	48%	25	100%
24. Considero que para mejorar la utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura se debería motivar al equipo quirúrgico	2	8%	7	28%	16	64%	25	100%
25. Considero que existe compromiso respecto a la aplicación y utilidad de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por parte de todos los miembros involucrados en el procedimiento quirúrgico.	9	36%	15	60%	1	4%	25	100%
26. Me agrada rellenar La Lista de Verificación De Cirugía Segura a tiempo real, conforme hago la verificación	2	8%	9	36%	14	56%	25	100%
27. Me molesta rellenar la Lista de Verificación De Cirugía Segura posteriormente pero verifico previamente.	4	16%	13	52%	8	32%	25	100%
28. Me es fácil rellenar la Lista de Verificación de Cirugía Segura sin previa verificación	9	36%	15	60%	1	4%	25	100%
29. Considero que en nuestro medio la Lista de Verificación de Cirugía Segura ayudaría a determinar un culpable de una complicación específica	0	0%	10	40%	15	60%	25	100%
30. Considero que en nuestro medio la Lista de Verificación de Cirugía Segura ayudaría a definir errores y tratar que no sean cometidos nuevamente	1	4%	5	20%	19	76%	25	100%

FUENTE: Instrumento aplicado al equipo quirúrgico del Hospital Julio Demarini Caro, La Merced- 2015